

# **OFFENTLIG TANNHELSETJENESTE I AKERSHUS**



**- er det bryet verdt?**

**av**

**Jan Hvoslef**

**Mastergradsoppgave i helseadministrasjon**

**Institutt for helseledelse og helseøkonomi**

**UNIVERSITETET I OSLO**

**Høsten 2007**

---

## FORORD

---

Tannhelsen for barn og ungdom viste en utvikling på 1970- og 1980-tallet, som fikk tannhelsepersonell til å spørre seg om arbeidsledigheten lurte der fremme et sted.

Gjennom en yrkesbakgrunn med først ca. 15 års klinisk praksis, deretter 10 år som overtannlege i distrikt og noen år i sentral tannhelsestab i fylkeskommunen, har jeg kunnet observere at ”ingen trær vokser inn i himmelen”. Likevel er nysgjerrigheten blitt pirret i forhold til hva som påvirker denne tannhelsen. Forfatterens fylkeskommune har hele tiden vært Akershus, som gjennom disse årene har ligget blant de beste i landet med hensyn til tannhelse.

Fylkeskommunene i Norge er gjennom Lov om tannhelsetjenesten (§ 1-1)<sup>(1)</sup> pålagt ansvar for å ”...sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket.

Fylkeskommunen har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har avtale med fylkeskommunen etter § 4-1.”

Da Akershus fylkeskommune overtok dette lovpålagte ansvaret fra 01.01.1984 ønsket de samtidig å overta ansvaret for den kommunale skoletannpleien som eksisterte, ved at de også overtok selve virksomheten og arbeidsgiveransvaret for de ansatte i tannpleien i kommunene.

Både bevilgninger og personellmengde har variert, noe som i perioder har ført til frustrasjon og frykt for hvor dette skal ende. Tannhelsen har likevel i liten grad endret seg negativt, bortsett fra en kort periode med nedgang, hvorefter den stabiliserte seg på ny på et akseptabelt nivå. Troen på egen fortreffelighet og effektivitet, som årsak til gode resultater, er selvfølgelig til stede, men en liten nagende tvil har sneket seg inn med spørsmålene: ”Spiller det noen rolle hva vi gjør?” ”Vil ikke tannhelsen holde seg like bra uten vår medvirkning?”

Eller sagt med andre ord: ”- er det bryet verdt?” Ønsket om å prøve å finne svar på noe av dette ligger bak denne oppgaven.

Virksomheten er til enhver tid underlagt vedtak i fylkeskommunens politiske organer. Det vil derfor også være et mål å forsøke å vise hvorvidt det som gjøres skjer i henhold til gitte rammebetingelser, bevilgninger og resultatkrav.

Hjertelig takk til professor Ole Berg for veiledning, gode råd og inspirerende tilbakemeldinger, og til studiekonsulent Margery Sitkin for blid, velvillig og praktisk hjelp! Hjertelig takk også til Den norske tannlegeforening for økonomisk støtte i en tidlig fase av arbeidet!

Universitetet i Oslo, 2007

Jan Hvoslef

---

## SAMMENDRAG

---

Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus skal, i henhold til Lov om tannhelsetjenesten, som fylkeskommunal virksomhet sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Tannhelsen for barn og ungdom i Akershus er blant de beste i landet. Dette tannhelsenivået har vist en stigende tendens gjennom mange år, inntil det nå ser ut til å flate noe ut. Tannhelsenivået viser variasjon over tid, uten at det alltid er like klart hva som påvirker det.

Denne oppgaven tar for seg hvordan Tannhelsetjenesten i Akershus utnytter sine ressurser i forhold til gitte forutsetninger i lov og fylkeskommunale pålegg, innenfor rammen av faglige retningslinjer for slik virksomhet. Utviklingen av tannhelsen i Akershus og utnyttelsen av ressursene blir i denne sammenhengen sammenliknet med andre fylkeskommuner.

Det blir i oppgaven stilt spørsmål om det spiller noen rolle hva tannhelsetjenesten foretar seg, og for å kunne svare på dette blir utviklingen av tannhelsen også vurdert opp mot påvirkning utenfra. Uttalt bekymring fra Statens helsetilsyn blir vurdert, og tannhelsetjenestens egen bekymring for konsekvensene av fylkeskommunens budsjetttrimmer blir omtalt.

Ut fra en helhetsvurdering av virksomheten, både som fylkeskommunal virksomhet og i forhold til offentlighetens forventninger til tjenesten, konkluderes det med at Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus oppfyller sine forpliktelser i forhold til loven og fylkeskommunens resultatkrav. Tannhelsenivået er blant de beste i landet, og tjenesten forsvarer i høy grad sin eksistens som fylkeskommunal virksomhet.

---

## INNHALDSFORTEGNELSE

---

<b>1.</b>	<b>Tema og problemstilling</b>	side	8
1.1	Evaluering av en organisasjon	”	8
1.2	Metode	”	8
1.2.1	Valg av måleindeks	”	9
1.2.2	Innsamling av data	”	10
1.2.3	Faglig tilsyn	”	10
1.2.4	Forholdet til økonomi og andre fylker	”	11
1.3	Hjemmets og offentlighetens påvirkning	”	11
<b>2.</b>	<b>Hva er ”bryet verdt”?</b>	”	12
2.1	Befolkningens behov	”	12
2.2	Hvem mottar og benytter tilbud om tjenester	”	12
2.3	Måloppnåelse og ressursutnyttelse	”	13
2.3.1	Cost – benefit-analyse	”	13
2.3.2	Ytre og indre effektivitet	”	14
2.4	Bryet verdt	”	14
<b>3.</b>	<b>Tannhelsetjenesten i Akershus</b>	”	15
3.1	Faste forutsetninger	”	15
3.1.1	”Tannhelsetjenesteloven” med forskrifter	”	15
3.1.2	Fylkespolitiske vedtak	”	17
3.1.3	Befolkningsutviklingen i Akershus	”	18
3.2	Kort beskrivelse av tjenesten	”	18
3.2.1	Organisering av tjenesten	”	18
3.2.2	Omfanget av tjenesten	”	21
3.2.3	Bemanning	”	23
3.2.4	Økonomi	”	23
3.3	Mål for tannhelsetjenesten i Akershus	”	24
3.3.1	Dekningsgrad, kostnader, tannhelse	”	25
3.3.2	Støttefunksjoner	”	26
3.3.3	Organisasjonsstruktur	”	26
3.3.4	Annen tilrettelegging	”	26

3.4	Kvalitet i behandlingen	side	27
3.4.1	Opplæring	”	27
3.4.2	Tilsyn og kvalitetssikring	”	27
<b>4.</b>	<b>Vurdering av tjenesten</b>	”	28
4.1	Tannhelsedata	”	28
4.1.1	Dekningsgrad, kostnader og tannhelse	”	28
4.1.2	Støttefunksjoner	”	32
4.1.3	Organisasjon	”	33
4.2	Tannhelseutvikling	”	33
4.3	Ressursbruk	”	35
4.3.1	Kapitalregnskap – utstyr	”	38
4.3.2	Kostnads- og befolkningsutvikling	”	38
4.4	Kvalitet og opplæring	”	40
<b>5.</b>	<b>Tannhelse vs økonomi</b>	”	41
5.1	Innkallingsintervaller	”	41
5.1.1	Individuell behandling	”	41
5.1.2	Bedre tannhelse – lengre intervaller	”	42
5.1.3	Innkallingsintervaller gruppe A, 3-18 år	”	42
5.1.4	Garantier?	”	43
5.2	Måloppnåelse og effektivitet	”	44
5.2.1	Ytre effektivitet	”	44
5.2.2	Indre effektivitet	”	46
5.3	”Riktige” mål	”	49
5.3.1	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	”	50
5.3.2	Vedlikehold	”	51
5.4	Bevilgninger og tannhelse	”	52
5.4.1	Budsjettpåvirkning	”	53
5.5	Feilkilder	”	54
5.5.1	Begrepsinnhold	”	54
5.5.2	KOSTRA	”	55
5.5.3	Innkallingsintervaller og ”ikke kapasitet”	”	55
5.5.4	Overføring av ansvar for statistikk	”	56
<b>6.</b>	<b>Faktorer som påvirker tannhelsen</b>	”	57

6.1	Offentlig tannhelsetjeneste	side	57
6.1.1	Virkemidler	”	57
6.1.2	Effekt	”	59
6.2	Hjemmets innsats	”	60
6.2.1	Hjemmets (med-)ansvar	”	60
6.2.2	Sosioøkonomiske variasjoner	”	61
6.2.3	Sykdommer og skader	”	61
6.3	Offentlighetens påvirkning	”	62
6.3.1	Kommersiell påvirkning	”	63
6.3.2	Ikke-kommersiell påvirkning	”	64
<b>7.</b>	<b>Diskusjon</b>	”	67
7.1	Hvilke behov stilles tjenesten overfor?	”	67
7.1.1	Økonomiplanens krav	”	67
7.1.2	Tannhelsetjenestelovens krav	”	68
7.1.3	Andre ”pålegg”	”	69
7.1.4	Hva er egentlig tannhelse?	”	69
7.2	Hvem bestemmer terrenget?	”	70
7.2.1	Måloppnåelse	”	70
7.2.2	Disponible midler	”	70
7.2.3	Holdningsendringer	”	71
7.3	Hva ønsker vi fra tannhelsetjenesten?	”	72
7.4	Spiller det noen rolle hva vi gjør?	”	73
7.4.1	Forholdet til resultatkrav, annen målsetting og intensjoner	”	73
7.4.2	Kan vi påvirke tannhelsen?	”	74
-	- <b>Referanser</b>	”	76

---

## **1. TEMA OG PROBLEMSTILLING**

---

Tannhelsetjenesten i Akershus vil bli forsøkt ”lagt under lupen”, for om mulig å finne svar på de ønskede spørsmål: ”Spiller det noen rolle hva vi gjør?” ”Vil ikke tannhelsen holde seg like bra uten vår medvirkning?” ”- er det bryet verdt?”

---

### **1.1 Evaluering av en organisasjon**

---

Virksomheten som ønskes undersøkt er en organisasjon med en struktur, hvor tjenesten ved inngangen til 2005 hadde en sentral stab og 5 lokale distriktsadministrasjonssteder, som hver hadde ansvar for et gitt antall tannklinikker (behandlingssteder). Den sentrale staben er underlagt fylkeskommunens sentrale administrasjon og politisk styring gjennom de folkevalgte organer.

Intensjonen med oppgaven blir dermed av mer utredende karakter, hvor virksomheten/organisasjonen evalueres, og hvor det stilles spørsmål om hvorvidt slik organisering har noen hensikt.

Fylkeskommunens ansvar er lovpålagt, men fylkeskommunens politiske styring gir også rammebetingelser for virksomheten med bevilgninger, målformuleringer og resultatkrav. Lovens mangfold gir samtidig de politiske organer muligheten til å vurdere lovens enkelte deler separat.

---

### **1.2 Metode**

---

Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus utøver sin virksomhet i henhold til målsettinger godkjent av fylkeskommunens organer (Fylkestinget), og dette skal skje innenfor økonomiske rammer gitt av de samme politiske organer. Målsettingene og rammene er nedfelt i fylkeskommunens økonomiplan<sup>(2)</sup>, som blir utarbeidet for fire år av gangen, og som blir revidert hvert år. Målene for hvert år formuleres som resultatkrav for det aktuelle året.



Metoden for vurdering av denne virksomheten er i hovedsak empirisk, idet oppnådde resultater sammenliknes med gitte resultatkrav og målformuleringer. Det tas utgangspunkt i 2005 som rapportår. For å kunne si noe om selve målformuleringene/resultatkravene vil utviklingen av tjenesten og dens resultater over tid bli vurdert. Årets og tidligere års resultater er gjort kjent gjennom tannhelsetjenestens årsmeldinger/-rapporter. Tannhelsetjenesten utarbeidet tidligere ”Tannhelseplan” for et visst antall år, som deretter ble lagt frem for politikerne til godkjenning og gjort gjeldende for den aktuelle perioden. Slike planer ble tidligere rullert år om annet, men denne ordningen er nå erstattet av fylkeskommunens økonomiplaner. Tidligere tannhelseplaner vil likevel bli tatt med i vurderingen i en viss utstrekning, da de gir nyttig informasjon om utviklingen av mål og resultater. Tjenestens målformuleringer og handlingsplaner, både i ”tannhelseplan” og ”økonomiplan” er på denne måten underlagt politisk vurdering, og målbarhet i resultater, samt egnethet i resultatkrav er viktig i en slik vurdering.

### **1.2.1 Valg av måleindeks**

Tannhelsetjenesten i fylkeskommunene rapporterer data for tjenesten i Statistisk Sentralbyrås KOSTRA, som er et rapporteringssystem for den offentlige forvaltning. Disse data sendes til Statens helsetilsyn <sup>(3)</sup>.

Innsendte data omfatter opplysning om omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten til de prioriterte befolkningsgrupper tannhelsetjenesteloven gir pålegg om, statistikk om tjenesteproduksjon, samt tannhelsesdata for de gruppene tjenesten har ansvar for.

### **Tannhelsesdata**

Tannhelse beskrives ofte ved begrepet *DMF*, som forteller om kariesforekomst i tann eller i tannflate. Data for forekomst i tann, *DMFT*, er det som presenteres i tannhelsetjenestens årsmeldinger/årsrapporter<sup>(4,5,6)</sup>. Kariesforekomst innebærer diagnostisert behandlingstrengende karies (DT), tannfylling (FT) eller trukket på grunn av karies (MT). *DMFT* regnes for standardbegrep for registrering av tannhelse, men fortolkningen av begrepsinnholdet har variert og utviklet seg over tid, og det samme har kriteriene for å gi fyllingsbehandling <sup>(7)</sup>. Dette kan påvirke statistikken, og en slik eventuell effekt blir behandlet i kap. 5.5. *DMFT* er likevel valgt som måleindeks, den har vært benyttet siden 1984 og blir brukt av alle fylkeskommuner som indikator.

Sammenlikningen av rapportårets resultater med hva som er oppnådd i tidligere år, hvilke resultater som foreligger fra andre fylker og sammenholdt med eventuelle endringer i rammebetingelsene, gir vurderingen en resonnerende karakter.

### **1.2.2 Innsamling av data**

De foreliggende data er i stor grad fremkommet gjennom og basert på lokal innsamling av data. Tannhelsesdata blir samlet inn på klinikknivå og videresendt til tannhelsetjenestens sentrale stab for behandling. Før overgang til elektronisk journal ble data summert og behandlet på klinikk før de ble sendt til tjenestens distriktskontor for videre behandling, slik at den sentrale staben kun behandlet det ”ferdige” produkt fra hvert distrikt. I en tid med mange små klinikker og mange distrikter kunne et slikt opplegg gjøre reliabiliteten ved innsamlingen usikker, noe som igjen kunne påvirke den totale statistikkens validitet. Kvalitetssikring av innsamlede data ble dermed et viktig arbeid.

Elektronisk pasientjournal har, sammen med innføring av intranett, forenklet slikt arbeid og gjort innsamlede data ”sikrere”. Større klinikker og færre distrikter gir en større grad av ”uniformering” av data, trolig til fordel for både reliabiliteten og validiteten. Ikke alle datasystemer er like entydige og like godt tilpasset våre behov for statistikk, og den menneskelige faktor er fortsatt til stede ved innlegging av data. Det bør likevel kunne antas at elektroniske journaler medvirker til høyere kvalitet på det statistiske materialet.

Feilkilder og deres mulige påvirkning av resultatene vil bli ytterligere behandlet i kapittelet ”Tannhelse vs økonomi” (kap. 5).

### **1.2.3 Faglig tilsyn**

Som øverste tilsynsmyndighet for all helsetjeneste i landet mottar Statens helsetilsyn ved fylkeslegen årlige rapporter om virksomheten. Det gis tilbakemeldinger til fylkenes helsetjenester, herunder tannhelsetjenester, gjennom rapporter, årsmeldinger, veiledninger og rundskriv med statistikker, kommentarer og råd. Disse vil bli sammenholdt med virksomhetens egne resultater og egen utvikling.

Aktuelle innspill fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt fra Sosial- og helsedirektoratet vil bli kommentert.

Virksomheten forutsettes å gi tannbehandling i henhold til faglige retningslinjer fra de odontologiske læresteder, samt veiledning/retningslinjer fra Statens helsetilsyn. Utover den enkelte utøvers faglige ansvar har distriktenes overtannleger et overordnet ansvar, med tannhelsetjenestens fylkestannlege/direktør som øverste ansvarlige.

#### **1.2.4 Forholdet til økonomi og andre fylker**

Utover å bli vurdert mot uttrykte resultatkrav vil utviklingen av tannhelsen blant barn og unge over tid vil bli sammenholdt med hvordan tilgangen på bevilgninger har vært i det samme tidsrommet, og hvordan disse midlene er utnyttet. Forhold knyttet til de øvrige prioriterte grupper vil også bli vurdert, og data for Akershus vil bli sammenliknet med andre fylkeskommuner, både med henblikk på tannhelse og økonomi.

---

### **1.3 Hjemmets og offentlighetens påvirkning**

---

Hjemmets og offentlighetens påvirkning kan på mange måter ses på som ”ytre” faktorer, og deres innflytelse vil bli vurdert, selv om disse faktorerers påvirkning ikke er like godt belyst gjennom årsrapporter, statistikk og liknende.

---

## **2. HVA ER ”BRYET VERDT”?**

---

Som del av Akershus fylkeskommune er tannhelsetjenesten i Akershus en virksomhet styrt gjennom politiske beslutninger, samtidig som den er underlagt en rekke lover og forskrifter, som regulerer slike virksomheter.

Virkningen av et system for å yte tannhelse-/munnhelsetjenester vil blant annet avhenge av

- etterspørselen etter tjenesten
- utnyttelsen/forbruket av tjenesten
- fordelingen av tjenesten, geografisk og sosialt
- tjenestens måloppnåelse (”effectiveness”) og effektivitet (”efficiency”)<sup>(8)</sup>

Den politiske vurdering av virksomheten vil dermed være basert på

1. hvorvidt befolkningens behov blir tilfredsstilt
2. om tilbudet av tjenester blir benyttet av publikum
3. om tilbudet når ”alle”
4. graden av måloppnåelse og ressursutnyttelse.

---

### **2.1 Befolkningens behov**

---

Lov om tannhelsetjenesten pålegger fylkeskommunen et ansvar for å sørge for tilgangen på tannhelsetjenester, og den beskriver også hva den offentlige tannhelsetjenesten omfatter innenfor dette og hvem som skal utføre slik tjeneste. Formålet med tjenesten er beskrevet, og loven gir en oversikt over hvilke oppgaver som skal prioriteres.

---

### **2.2 Hvem mottar og benytter tilbud om tjenester?**

---

Lov om tannhelsetjenesten beskriver gjennom sitt pålegg i § 1-3 hvem som skal motta tilbud om tannhelsetjenester. Frem til lovens ikrafttreden i 1984 var offentlig tannhelsetjeneste i

Akershus et kommunalt ansvar, og omfang og innhold i denne tjeneste varierte i takt med den enkelte kommunes økonomi og prioriteringer. Den nye lovens tekst skulle dermed sørge for en jevnere fordeling av tjenestetilbudet, samt å medvirke til en positiv utvikling av tannhelsen i alle deler av fylket.

---

## 2.3 Måloppnåelse og ressursutnyttelse

---

Det finnes forskjellige analysemodeller for vurdering av ulike helseeffekter, dels målt alene og dels målt opp mot ressursbruk<sup>(9)</sup>.

- |   |                                    |   |   |
|---|------------------------------------|---|---|
| - | cost – effectiveness-analyse (CEA) | - | helseeffekter måles endimensjonalt i andre enheter enn kroner   |
| - | cost – utility-analyse (CUA)       | - | verdsetting av helseforbedringene målt i en eller annen enhet (f.eks. livskvalitet eller livslengde).<br>Brukes ofte mht prioritering |
| - | cost – benefit-analyse (CBA)       | - | m/ nytte i kroner, direkte/indirekte (f.eks. direkte: innsparing / indirekte: produksjonsgevinst)                                     |

### 2.3.1 Cost – benefit-analyse

Cost-benefit (CBA) brukes i helsevesenet ved vurderinger som:

1. Hva er det maksimale beløp man vil betale for å få foretatt en behandling?
2. Hva er det minste beløpet man vil kreve i kompensasjon for å unnlate å la seg behandle?

Bruk av denne analysemetoden krever også aksept av to viktige forhold vedrørende metoden<sup>(10)</sup>:

1. Forskjell i ”timing”, altså forskjell i tidsaspekt, ved innsats og forventet resultat/fordel.
2. Risiko og uvisshet med hensyn til årsak, hjelpemidler, komplikasjoner/fallgruber.

Tidsforskjellen mellom innsatstidspunkt (f.eks. nå) og tidspunkt for resultat (f.eks. om 5 år) medfører at det er nødvendig å diskontere fremtidig verdi til nå-verdi, for å kunne sammenlikne *kostnad* og *nytte* i samme verdienhet (f.eks. kroner).

Risiko og uvisshet relateres til mangel på garanti, ved at vi har en forventning om et resultat ut fra statistikk, men samtidig en statistisk risiko for at ting ikke skjer som planlagt. Både kostnad og nytte vil påvirkes av valg av metode for innsats (behandling). Fremtidig kostnad og nytte bør derfor anses som *forventet* og *ikke sikker*.

### **2.3.2 Ytre og indre effektivitet**

To hyppig brukte begreper i Norge er ”ytre effektivitet” og ”indre effektivitet”, hvor *ytre effektivitet* sier noe om graden av måloppnåelse, mens *indre effektivitet* gir et bilde av hvorvidt måloppnåelsen skjer på en ”bedriftsøkonomisk” riktig måte. Se også kap. 5.2.

Ytre effektivitet vil kunne sammenliknes med *cost – effectiveness-analyse* mens indre effektivitet vil tilsvare *cost – benefit-analyse*.

---

## **2.4 Bryet verd**

---

Den politiske vurderingen av hva som er ”bryet verd” vil måtte bli en samlet, skjønnsmessig avveining av ovennevnte forhold, hvor lov og forskrift er overordnede faktorer, og hvor gevinsten i ulike målformuleringer settes opp mot ressursbruken. Kobling av aktivitet og økonomi kan i en gitt situasjon synes å gjøre det nødvendig å redusere helsemål på grunn usikkerheten rundt forholdet mellom dagens innsats og fremtidig resultat. Stilt opp mot befolkningens forventninger til trygghet for behandling på et faglig høyt nivå blir en slik vurdering av ”fornuftig bruk av ressurser” egentlig en prioritering mellom mange tungtveiende hensyn.

---

### **3. TANNHELSETJENESTEN I AKERSHUS**

---

Kapitlet beskriver de faste forutsetninger for tannhelsetjenesten, gir en beskrivelse av tjenestens organisering og omfang, presenterer mål for tannhelsetjenesten, med utgangspunkt i Tannhelseplan 2004 – 2010<sub>(11)</sub>, Tannhelsetjenestens Årsrapport 2005<sub>(6)</sub> og Økonomiplan 2005 – 2008 for Akershus fylkeskommune<sub>(2)</sub>.

---

#### **3.1 Faste forutsetninger**

---

##### **3.1.1 ”Tannhelsetjenesteloven” med forskrifter**

Lov om tannhelsetjenesten av 3. juni 1983, sist endret 6. juni 2003<sub>(1)</sub>.

##### **Ansvar**

Loven pålegger fylkeskommunen å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad, er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen har ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten (§1-1).

##### **Regelmessig tilbud til visse grupper av befolkningen**

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen (§1-3). Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til (§1-3):

- a) Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
- b) Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
- c) Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
- d) Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.
- e) Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

Den offentlige tannhelsetjenesten er ansvarlig for driften av tannhelsetjenesten for de innsatte i soningsanstaltene (fengslene) i Akershus mot øremerkede tilskudd fra staten.

Utover eventuell tilhørighet til gruppe c) kan rusmisbrukere også noen steder få tilbud om gratis tannbehandling etter gitte kriterier (lavterskeltilbud)<sub>(12)</sub> med støtte fra staten.

I tillegg til de prioriterte oppgaver yter Den offentlige tannhelsetjenesten i begrenset omfang tjenester til voksent betalende klientell.

### **Samordning**

Fylkeskommunen har ansvar for samordning av Den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor ("privatpraksis") (§ 1-4).

### **Vederlag for tannpleie**

For hjelp til klientell nevnt i § 1-3, a), b) og c) kan det, med unntak for kjeveortopedisk behandling, ikke kreves vederlag. Gruppe d) (19- og 20-åringer) betaler 25 % av offentlige takster.

Vederlag kan fastsettes som egenandel eller betaling etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

### **Annen aktuell lovgivning** <sup>(11)</sup>

- Lov om helsepersonell<sup>(13)</sup>. Erstatte Lov om tannleger og andre autorisasjonslover. Felles for alt helsepersonell, gir "likt" ståsted tilpasset forskjellige gruppers kompetanse og kunnskaper. Stiller krav til yrkesutøvelse og individuelt ansvar.
- Lov om pasientrettigheter. Sikrer pasienter rett til spesialisthelsetjeneste, øyeblikkelig hjelp, informasjon, medvirkning, fritt valg av sykehus.
- Lov om kommunehelsetjenester. Gir hjemmel til å fatte vedtak om adgang til hjemmesykepleie, jfr. tannhelseloven.
- Lov om sosialtjenester. Gir hjemmel til å fatte vedtak om hjemmehjelp, men ikke hjemmesykepleie, jfr. tannhelseloven.
- Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. Gir blant annet bestemmelser for arbeidsmiljøet, tilsettingsforhold, plasserer ansvar, definerer plikter, omtaler Arbeidstilsyn, vernetjeneste og arbeidsmiljøutvalg.
- Lov om folketrygd. Gir bestemmelser om blant annet trygghet og kompensasjon ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, sykdom, uførhet, alderdom og dødsfall. Omtaler rettigheter og ytelser for den som "går av med pensjon".



- Forskrift om internkontroll for helse, miljø og sikkerhet har hjemmel i blant annet Arbeidsmiljøloven og Brannvernloven, som skal
  - fremme arbeidsmiljø og sikkerhet
  - gi vern mot produkters helse- og miljøskader
  - gi vern av ytre miljø mot forurensning
  - skape bedre avfallsbehandling.
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (Tilsynsloven). Instruks for Statens helsetilsyn, blant annet med hjemmel i Tannhelseloven og Lov om spesialisthelsetjenester.
- Kvalitetssikring. Bestemmelser hjemlet i Tilsynsloven, Lov om spesialisthelsetjenester og Helsepersonelloven om krav til system for å sikre at kvalitet på tjenesteytelser tilfredsstiller visse krav og er i forhold til forventet nivå (standard).
- Lov om kommuner og fylkeskommuner. Om styringsprinsipper og forvaltning for å legge til rette for et funksjonelt folkestyre.
- Offentlighetsloven. Forvaltningsloven. Sikrer forsvarlighet, innsyn og rettigheter. Omhandler også forholdet til taushetsplikt.

### **3.1.2 Fylkespolitiske vedtak**

All virksomhet innenfor Akershus fylkeskommune er underlagt politisk styring. Øverste myndighet ligger hos fylkestinget. Fylkeskommunens økonomiplan<sup>(2)</sup> omfatter også tannhelsetjenesten og er tjenestens sentrale styringsverktøy.

Det er ikke lenger noe krav i Tannhelseloven om å utarbeide fylkeskommunal tannhelseplan. Slike planer, som presenterte virksomhetens rammebetingelser og vurderingsgrunnlag for mål og handlingsplan, forutsatte politisk godkjenning av fylkestinget. Tannhelseplan 2004 – 2010 er den siste som er utarbeidet, dog uten at den formelt er ”godkjent” av fylkestinget.

Tannhelsetjenestens målformuleringer inngår nå i fylkeskommunens økonomiplan, som blir utarbeidet blant annet med basis i tannhelsetjenestens årsrapporter <sup>(5,6)</sup>.

Tannhelsetjenesten er pålagt å arbeide med miljøspørsmål/grønn virksomhet og inkluderende arbeidsliv.

### **3.1.3 Befolkningsutvikling i Akershus**

Befolkningen i Akershus viser en jevn økning på 2-3 % fra 2003 til 2005. Med 2003 som basisår forventes utviklingen å bli slik <sup>(11)</sup>:

Alder per 1. januar	Registrert ant. per 01.01. 2003	Registrert/progn. Antall	2005 Indeks *	Prognose Antall	2010 Indeks *
0-2 år	19 268	18 880	98	18 629	97
3-18 år	108 502	111 597	103	114 210	105
19-20 år	10 723	10 973 (registr.)	102	13 646	127
21-69 år	300 119	307 572 (progn.)	102	325 251	108
70-79 år	28 836	28 285 (progn.)	98	28 924	100
80+ år	15 835	16 981 (progn.)	107	18 867	119
I alt	483 283	494 386	102	519 527	107

\*: Indeks med 2003 = 100. Kilde: Akershus fylkeskommune, fylkesrådmannen.

Foreliggende prognoser viser en markant økning i alle grupper som omfattes av Tannhelse-loven, med sterkest vekst i befolkningsgruppen ”80 år og eldre” (80+).

---

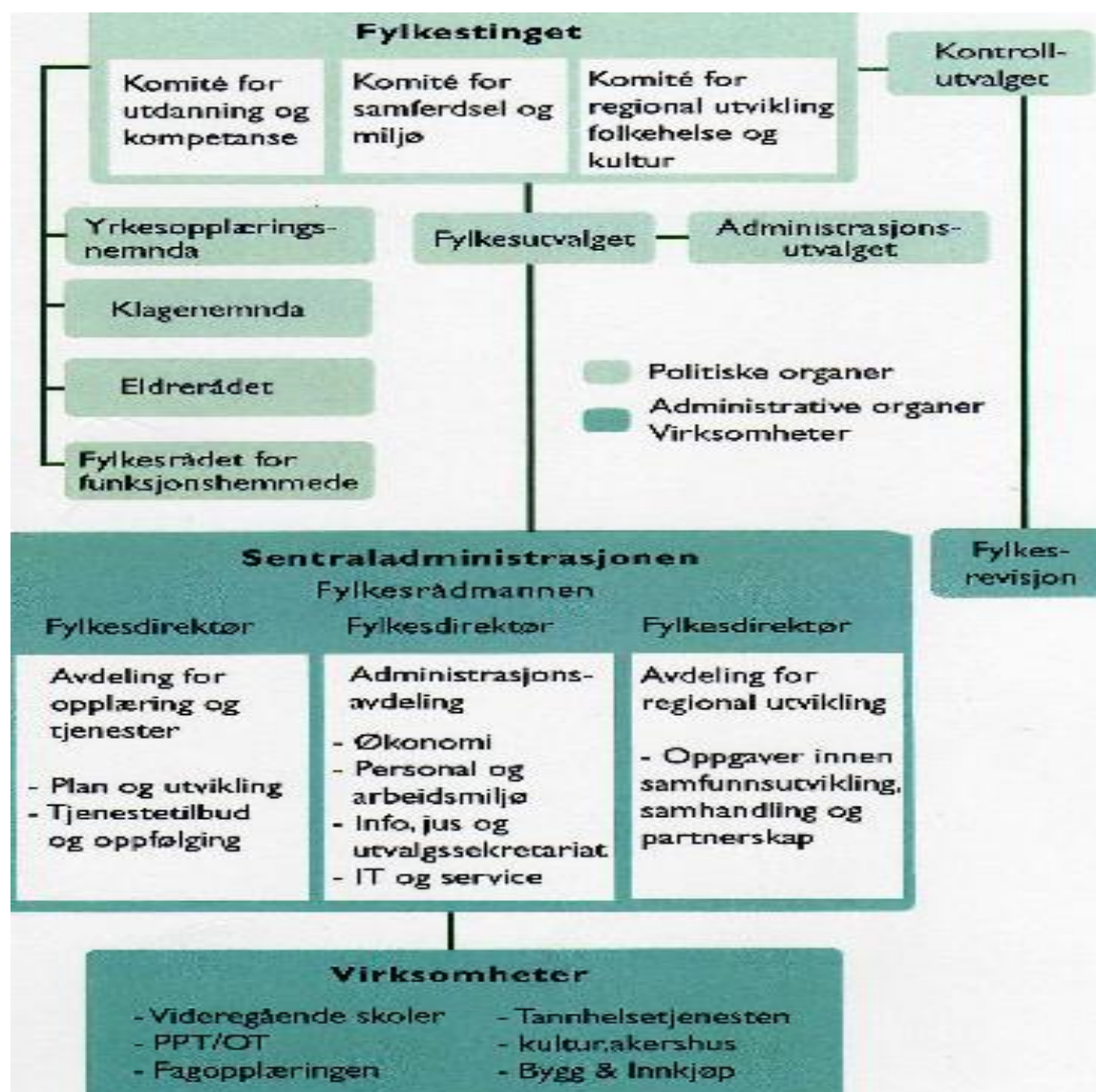
## **3.2 Kort beskrivelse av tjenesten**

---

### **3.2.1 Organisering av tjenesten**

Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus er organisert som egen virksomhet direkte underlagt fylkesrådmannen ved Fylkesdirektøren for opplæring og tjenester. Politisk forholder tannhelsetjenesten seg til komité for regional utvikling, folkehelse og kultur og deretter fylkestinget.

## ORGANISASJONSMODELL FOR AKERSHUS FYLKESKOMMUNE (2)



### **”Fylkestannlegens” kontor**

Direktør for tannhelsetjenesten (tidligere stillingsbetegnelse: ”fylkestannlege”) er faglig og administrativ leder og fylkeskommunens rådgiver i tannhelsespørsmål. Administrasjonen har fem faste stillinger.

### **Organisering i distrikter**

Tannhelsetjenesten er organisert i 4 tannhelsedistrikter. Overtannlegene er faglige og administrative ledere i distriktene. Ved større klinikker er det tilsatt klinikkledere med koordinerende funksjoner i tillegg til klinisk tjeneste. Distriktene omfatter 22 kommuner.

<b>Distrikt</b>	<b>Areal i km<sup>2</sup> *</b>	<b>Andel i % av fylkets areal</b>	<b>Innb.tall i 2006 **</b>	<b>Andel i % av fylkets innb.tall</b>	<b>Kommuner som omfattes av distriktet</b>
<b>Asker og Bærum</b>	292,9	5,96	157 412	31,4	Asker, Bærum
<b>Follo</b>	586,7	11,93	113 443	22,6	Frogn, ½ Enebakk, Ås, Ski, Vestby, Oppegård, Nesodden
<b>Nedre Romerike</b>	638,4	12,99	113 430	22,6	Lørenskog, Skedsmo, ½ Enebakk, Rælingen, Nittedal
<b>Nordøstre Romerike</b>	3398,5	69,12	116 840	23,3	Aurskog-Høland, Fet, Sørumsdal, Nes, Eidsvoll, Hurdal, Gjerdrum, Nannestad, Ullensaker
<b>Akershus fylkeskommune</b>	<b>4916,5</b>	<b>100,00</b>	<b>501 125</b>	<b>100,0</b>	<b>22 kommuner</b>

Kilder: \*: Akershus fylkeskommune, fylkesrådmannen, \*\*: SSB per 01.01.2006 (11,14)

### **Tannklinikker**

Distriktene gir tilbud om behandling ved til sammen 58 tannklinikker med til sammen 151 behandlingsstoler. Klinikkene er av ulik størrelse, med fra ett behandlingsrom med én behandlingsstol til 8 behandlingsrom. 11 av klinikkene ligger i sykehjem (1-roms), 3 er lokalisert i sykehus, og 2 tannklinikker er i fengsler. Det er tannklinikker i 20 av fylkeskommunens 22 kommuner.

### **3.2.2 Omfanget av tjenesten**

Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus gir tilbud om behandling til befolkningsgrupper i henhold til Tannhelsetjenesteloven. I 2005 hadde tilbudet slik dekningsgrad:

<b>Befolknings- /pasientgruppe</b>		<b>Prosent under tilsyn i 2005 **</b>
<b>A</b>	Barn og unge 0 – 18 år	98
<b>B</b>	Psykisk utviklingshemmede	94
<b>C 1 *</b>	Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon	94
<b>C 2 *</b>	Eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie	71
<b>D</b>	Ungdom 19 og 20 år	74

\*: Tannhelselovens ”gruppe c” (§ 1-3) deles av praktiske årsaker i gruppene ”C 1” og ”C 2”.

\*\*: Definisjon av begrepet ”pasient under tilsyn”: Antall pasienter under tilsyn er lik summen av *ferdigbehandlede pasienter, pasienter som ved årets slutt er under behandling (undersøkt/behandlet) og pasienter som ikke er innkalt i henhold til plan, som har recalldato frem i tid.* (6)

#### **Gruppe a: barn og ungdom 0 – 18 år**

0 – 2 år: Småbarna i gruppen får stort sett sitt tilbud gjennom helsestasjonen med veiledning i kosthold, hygiene og bruk av fluorider. Ved behov henvises til tannlege/tannpleier.

3 – 18 år: Hver enkelt får innkalling til tannlege eller tannpleier etter individuell vurdering av tannhelse.

#### **Gruppe b: psykisk utviklingshemmede**

Hver enkelt får innkalling etter individuell vurdering av tannhelse.

#### **Gruppe c: eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie**

Gruppe c-1: får oppsøkende tilbud med behandling på stedet eller innkalling til klinikk ved eventuelt behov. Tjenesten har 11 klinikker i sykehjem og 3 klinikker i sykehus.

Gruppe c-2: får tilbud gjennom kommunens helse- og sosialtjeneste.

Rusmisbrukere: Rusmisbrukere i helseinstitusjon har i henhold til Tannhelse-tjenestelovens §1-3, c rett til fri tannbehandling ved institusjonsopphold utover 3 måneder.

### **Gruppe d: 19- og 20-åringer**

Gruppen får tilbud om tannbehandling mot å betale 25 % av gjeldende (offentlig) takst. De må selv gjøre avtale om behandling.

### **Gruppe e: "andre grupper"**

Fengselstannhelsetjenesten: Tannhelsetjenesten gir etter avtale med staten tilbud om behandling til innsatte ved Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt og ved Ullersmo fengsel. Det gis akuttbehandling til alle innsatte og tilbud om ordinær behandling til alle innsatte som soner lenger enn 3 måneder. Staten dekker utgifter med et årlig særtilskudd, og fengslene holder kontor-, tannlege- og tannpleierutstyr.

Rusmisbrukere: Staten gir tilskudd til tannbehandling av rusmisbrukere i de kommuner som for øvrig gir et lavterskel-helsetilbud til rusmisbrukere. Dette er ment å dekke utgifter til akutt tannhelsehjelp (fjerne smerter og infeksjoner) <sup>(12)</sup>.

### **Spesialisttjenester**

Det tilbys spesialisttjenester i kjeveortopedi og pedodonti, og det gis tilbud om behandling av tannleger med økt kompetanse innen sedasjon, lystgass, narkose og kirurgi. Behandling i narkose utføres ved Akershus Universitetssykehus (Ahus) og ved Det odontologiske fakultet i Oslo. Til sammen 327 pasienter fikk slik behandling i 2005 (268 – Ahus, 59 – Odont. fak.).

### **Rådgivningstjeneste**

Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus har én tannlege med rådgivningsfunksjon overfor sosialkontorene i kommunene i fylket. Søknader om kommunal stønad til klienters tannbehandling blir vurdert. Ordningen er selvfinansierende og omfattet 1102 saker i 2005. Antall saker per år har vært stabilt på ca. 1100 siden 1995.

### **Voksne, ordinært betalende**

Det tilbys ved noen klinikker behandling til voksne pasienter mot ordinær betaling. Ordningen har begrenset omfang, mye på grunn av personalmangel. I 2005 ble 1231 pasienter gitt behandling gjennom denne ordningen, hovedsakelig ved større klinikker i befolkningsentre.

### **3.2.3 Bemanning**

Den offentlige tannhelsetjenesten hadde i 2005 202,6 stillingshjemler (årsverk) fordelt på 265 ansatte personer. Bemanningen hadde slik fordeling:

	<b>Tannleger</b>	<b>Tannpleier</b>	<b>Tannhelse- sekretær</b>	<b>Annet personell</b>	<b>Totalt</b>
<b>Stillinger, årsverk</b>	73,7	36,2	80,4	13,0	202,6
<b>Vakanser, årsverk</b>	0,4	1,0	0,0	0,4	1,8
<b>Antall ansatte</b>	94	51	103	17	265

Sykefraværet i 2005 var på 6,2 %. Ikke arbeidsrelatert langtidsfravær utgjør hovedtyngden.

Turnover av fast personell, dvs. fast ansatte som sier opp sin stilling, fordeler seg slik:

<b>Turnover</b>	<b>Tannleger</b>	<b>Tannpleiere</b>	<b>Tannhelse- sekretærer</b>	<b>Annet personell</b>	<b>Totalt</b>
<b>Antall</b>	15	1	5	1	22
<b>%</b>	16,0	2,0	4,9	9,1	8,5

### **3.2.4 Økonomi**

Tannhelsetjenestens driftsregnskap for 2005 viser en realøkning i netto driftsutgifter på 0,2 %. Året før viste en realnedgang på 6,6 %.

<b>Driftsregnskap</b>	<b>Revidert budsjett 2005</b>	<b>Regnskap 2005</b>	<b>Realendring i % 2004-2005</b>
<b>Sum driftsutgifter</b>	123 783 586	124 965 963	0,3
<b>Sum driftsinntekter</b>	- 17 582 739	- 18 787 701	0,1
<b>Netto driftsresultat</b>	106 200 847	106 178 262	0,2
<b>Netto finansresultat</b>	- 113 245	73 375	- 11,6
<b>Netto utgifter</b>	106 087 602	106 251 637	0,2

Utgifter til AFP-ordningen belaster regnskapet med 1,6 mill. kroner, som er 45 % mer enn i 2004. Inntekter fra pasientbehandling utgjør 6,5 mill. kroner, en økning på 0,2 mill. kroner.

## **KOSTRA-tall**

KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering) er et rapporteringssystem for norske kommuner og fylkeskommuner og brukes på nasjonalt nivå. Informasjon om tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder i hver enkelt kommune/fylkeskommune sendes til Statistisk Sentralbyrå (SSB) <sup>(15)</sup>.

KOSTRA-tall, dvs netto driftsutgifter per prioritert person (jfr. Tannhelsetjenesteloven) under tilsyn, viser kr. 801 per person, mot kr. 751 i 2004.

---

### **3.3 Mål for tannhelsetjenesten i Akershus**

---

Lov om tannhelsetjenesten (1983) pålegger fylkeskommunen oppgaver, jfr. kap. 3.1.1, som gjenspeiler seg i økonomiplanens målkrav.

Målsetting for 2005 er resultatkrav for år 1 i fylkeskommunens økonomiplan 2005-2008<sub>(2,6)</sub>. Økonomiplanen (ØP) er vedtatt av fylkestinget.

#### **Økonomiplanmål for perioden**

1. Fremme tannhelsen i befolkningen gjennom nødvendig forebygging og behandling.  
Sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.
2. Sikre tilfredsstillende omfang og kvalitet på støttefunksjonene for at primæroppgavene skal kunne gjøres mest mulig effektivt.
3. Utvikle administrativ struktur som sikrer effektivt tjenestetilbud.

#### **Resultatkrav i ØP-perioden**

Ad 1.     Dekningsgrad

Åpent tilbud til de prioriterte grupper etter tannhelseloven:

- A:     Barn – ungdom 1-18 år
- B:     Psykisk utviklingshemmede over 18 år
- C1:    Eldre og uføre i institusjon
- C2:    Eldre og uføre i hjemmesykepleien
- D:     Ungdom 19-20 år



### Kostnader

Kostnadene per person under tilsyn skal være på nivå med sist avlagte årsregnskap.

### Tannhelse

Tannhelsen, målt ved karies-situasjonen for 5-, 12- og 18-åringer skal stabiliseres på nivå med resultatene for 2003.

#### Ad 2. Støttefunksjoner

Alle klinikker skal ha tilgang til effektiv IKT-løsning for pasient-administrasjon, e-post og intranett.

#### Ad 3. Administrativ struktur

Virksomheten deles inn i fire tannhelsedistrikter, mot fem i dag.

### **3.3.1 Dekningsgrad, kostnader, tannhelse**

Resultatkrav i Økonomiplan for 2005:

#### **Dekningsgrad**

*Personer under tilsyn skal være minst*

<i>gruppe A, barn – ungdom 0-18 år:</i>	<i>97 %</i>
<i>gruppe B, psykisk utviklingshemmede:</i>	<i>94 %</i>
<i>gruppe C 1, eldre og uføre i institusjon:</i>	<i>94 %</i>
<i>gruppe C 2, eldre og uføre i hjemmesykepleie:</i>	<i>50 %</i>
<i>gruppe D, ungdom 19-20 år:</i>	<i>70 %</i>

#### **Kostnader**

*Kostnadene per person under tilsyn skal være på nivå med 2003.*

#### **Tannhelse**

*Tannhelsen skal ha samme nivå som siste års resultater:*

<i>5 åringer:</i>	<i>andel 5-åringer uten hull i tenner</i>	<i>70 %</i>
<i>12-åringer:</i>	<i>gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring (hull):</i>	<i>1,2 tenner</i>
<i>18-åringer:</i>	<i>gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring (hull):</i>	<i>4,3 tenner.</i>

### **3.3.2 Støttefunksjoner**

#### **IKT-server**

For å oppnå at alle klinikker i løpet av perioden skal ha tilgang til effektiv IKT-løsning for pasientadministrasjon, e-post og intranett er resultatkravet for 2005:

*Etablere sentral serverløsning som sikrer effektiv IKT-løsning for klinikker som kan dekkes av bredbånd.*

### **3.3.3 Organisasjonsstruktur**

#### **Distriktsinndeling**

Tannhelsetjenesten har hatt en kontinuerlig utvikling fra en ren kommuneinndeling mot større, sentraliserte enheter. I 2004 var tannhelsetjenesten organisert i 5 tannhelsedistrikter. Kravet for perioden er at "Virksomheten deles inn i fire tannhelsedistrikter, mot fem i dag." Ut fra dette er resultatkrav for 2005 formulert slik:

*Virksomheten skal være organisert i fire tannhelsedistrikter.*

#### **Tannklinikker og utstyr**

Det er i Tannhelseplan 2004-2010<sub>(11)</sub> formulert delmålet: "Tjenesten har en klinikkstruktur som er tilpasset befolkningens behov og tilgang på personell."

Det er i økonomiplanen for 2005 avsatt investeringsmidler til etablering av nye klinikker og utvidelse av eldre klinikker, i tråd med tidligere utbyggingsplaner <sub>(2, 11)</sub>. Det er også foreslått avsatt midler til utskifting av "uniter" (tannlegestol med søyle) etter en utskiftingstakt på omtrent 10 uniter i 2005 <sub>(2)</sub>.

### **3.3.4 Annen tilrettelegging**

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for helsefremmende og forebyggende arbeid og utgitt veilederen "Tenner for livet" <sub>(16)</sub> om dette feltet. Det arbeides i tannhelsetjenesten i Akershus for å tilrettelegge en implementering av denne veilederen.

---

## **3.4 Kvalitet i behandlingen**

---

### **3.4.1 Opplæring**

Lov om tannhelsetjenesten pålegger i § 6-1 fylkeskommunen ”----- å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.

Fylkeskommunen skal sørge for at dens ansatte helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning.-----”

Tannhelsetjenesten i Akershus utarbeider hvert år opplæringsplan for virksomheten, som igjen er del av en langsiktig plan for en 4-årsperiode. Disse planene tar blant annet sikte på å bidra til faglig oppdatering og àjourhold av personellens kompetanse. Som ledd i disse planene blir det arrangert fagkurs i fylkeskommunal regi, i tillegg til at det gis lønnet permisjon for å delta i aktuelle kurs arrangert av yrkesgruppens fagforeninger.

Tjenestens yrkesgrupper er som helsepersonell gitt autorisasjon, med hjemmel i Lov om helsepersonell mv og dens forskrifter. Det stilles faglige krav for å kunne få slik autorisasjon, og det gis også anbefalinger om jevnlig etterutdanning for å kunne opprettholde kompetansen.

### **3.4.2 Tilsyn og kvalitetssikring**

Lov om statlig tilsyn (Tilsynsloven)<sup>(11)</sup> gir instruks for Statens helsetilsyn, og bestemmelser hjemlet i Tilsynsloven, Lov om spesialisthelsetjenester og Helsepersonelloven stiller krav til system for å sikre at kvalitet på tjenesteytelser tilfredsstiller visse krav og er i forhold til forventet nivå / standard. Lov om tannhelsetjenesten gir også Helsetilsynet bestemmelser for utførelsen av slikt tilsyn. Fylkeslegen er på vegne av Statens helsetilsyn tilsynsmyndighet overfor tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten i Akershus har dokumentert å ha slikt system for kvalitetssikring som det stilles krav om med hjemmel i lov og forskrift.

---

## 4. VURDERING AV TJENESTEN

---

Virksomhetens tannhelseresultater vil bli omtalt i dette kapitlet. Graden av måloppnåelse vil bli vist, samt bruken av ressurser for å komme dit. Det vil også bli trukket sammenlikning med andre fylker og med landsgjennomsnittet.

---

### 4.1 Tannhelsesdata

---

Tannhelsetjenestens årsrapport for 2005 er den sist utkomne, og den er dermed den mest oppdaterte beretning om ”rikets tilstand”. År 2005 vil derfor bli brukt som basis for vurderingen av foreliggende data, med de målformuleringer som er uttrykt i årsrapporten <sup>(6)</sup>.

Graden av måloppnåelse (ytre effektivitet) vil bli vurdert, samtidig som Akershus-data vil bli sammenliknet med tilsvarende data fra andre fylkeskommuner. Der hvor foreliggende tall gjør det mulig vil det også bli sett på hvorvidt resultatene er oppnådd på en bedriftsøkonomisk god måte (indre effektivitet).

Noen av de foreliggende resultater kan gi grunn til å stille spørsmål om det er formulert ”fornuftige” mål. Dette vil bli vurdert dels i lys av de faste forutsetningene for virksomheten, dels i forhold til måloppnåelsen.

#### **4.1.1 Dekningsgrad, kostnader, tannhelse**

##### **Dekningsgrad**

Tilgjengelighet til tannhelsetjenester for ”alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket” innebærer at både de prioriterte grupper av befolkningen, jfr. Tannhelseslovens § 1-3, og den øvrige voksne befolkningen ”i rimelig grad” skal være sikret tannhelsetjenester.

Akershus omkranser Oslo, og sammen utgjør de hovedstadsområdet. Tilgangen til ”privat tannhelsetjeneste”, er svært god i dette området, både for ordinær behandling og ved behov for spesialisttjenester og for hjelp fra spesialutdannede tannleger.

Privat tannhelsetjeneste (årsverk) fordeler seg slik i området:

Fylke	Tannleger allmenn praksis	Spesialist kjeveortopedi	Spesialist periodonti	Spesialist oral kirurgi	Spesialist pedodonti
Akershus	226,1	17	5,9	3,7	0,6
Oslo	453,1	26,6	15,9	5,9	0,2

(Kilde: KOSTRA 2005)<sup>(15)</sup>

Dekningsgrad for de prioriterte grupper i Akershus viser et jevnt høyt nivå over de siste tre årene:

Gruppe		Prosent under tilsyn			Mål
		2003	2004	2005	2005
A	Barn og unge 0 – 18 år	99	99,9	98	97
B	Psykisk utviklingshemmede	96	99	94	95
C 1	Eldre og uføre i institusjon	97	85	94	90
C 2	Eldre og uføre i hjemmesykepleie	60	57	71	50
D	Ungdom 19 og 20 år	75	79	74	70

Med forbehold om evt. systemfeil i pasientdatasystemet, viser de rapporterte tall om dekningsgrad for de fem prioriterte grupper en høy grad av måloppnåelse for de tre første gruppene og en nokså høy grad av måloppnåelse for de to siste gruppene.

Til sammenlikning gir en oversikt over hele landet i 2002 dette bildet <sup>(3)</sup>:

Gruppen	Andel personer under tilsyn	Fylkesvis variasjon i andel personer under tilsyn
Gruppe A. Barn 1 – 18 år	94 %	86 % - 100 %
Gruppe B. Psykisk utviklingshemmede	89 %	75 % - 100 %
Gruppe C. Eldre, langtidssyke og uføre	51 %	31 % - 68 %
gruppe C 1 - i institusjon	...	61 % - > 100 %
gruppe C 2 - i hjemmesykepleie	31 %	20 % - 49 %
Gruppe D. Ungdom 19 – 20 år	67 %	32 % - 88 %

Tannhelsetjenesten i Akershus har ansvaret for tannhelsetilbudet til innsatte ved Ullersmo landsfengsel og Ila fengsel og sikringsanstalt.

I tillegg til en varierende grad av tannlegevakt i distriktene har tannhelsetjenesten avtale med Oslo kommune om akuttberedskap på kveldstid og i helger og ferier.

## Kostnader

Netto driftsutgifter (kroner) per prioritert person under tilsyn (KOSTRA-tall) <sup>(6)</sup>:

Fylke	2001	2002	2003	2004	2005
Østfold	841	960	985	1089	919
Vestfold	718	792	844	897	972
<b>Akershus</b>	<b>749</b>	<b>783</b>	<b>828</b>	<b>751</b>	<b>801</b>

Tabellen viser en økning i forhold til foregående år, men her bør nevnes at AFP-ordningen i 2005 ga en belastning på 1,6 mill. kroner, som er en økning på mer enn 45%. Det fremgår også at Akershus har de laveste driftsutgifter per person under tilsyn i alle år bortsett fra 2001. Østfold og Vestfold ligger henholdsvis 14,7 % og 21,3 % høyere enn Akershus.

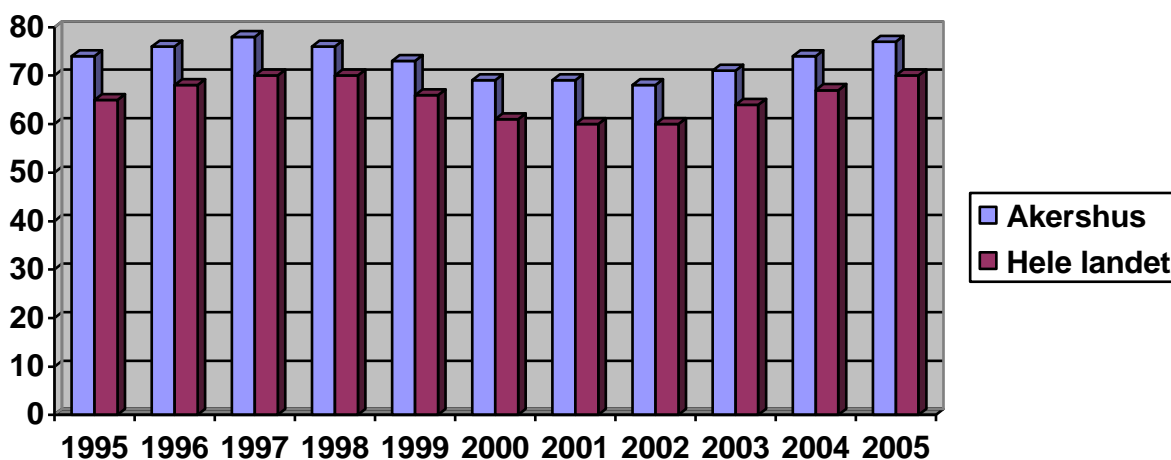
## Tannhelse

Aldersgruppene 5-, 12- og 18-åringer brukes som indikatorer for måling av tannhelse.

For 5-åringer gir andel (i prosent) undersøkte uten hull (karies) eller fyllinger et mål for tannhelse.

I 2005 ble 66% av en samlet aldersgruppe på 7038 barn undersøkt og behandlet. Av disse var 76,5% uten hull i tenner (dmft=0), mens resultatkravet for 2005 var 70%. Resultatet for 2004 var 74,4% uten hull. Data for melketenner gir betegnelse med små bokstaver, ”dmft”= 0.

### 5-åringer uten hull eller fyllinger (dmft = 0)



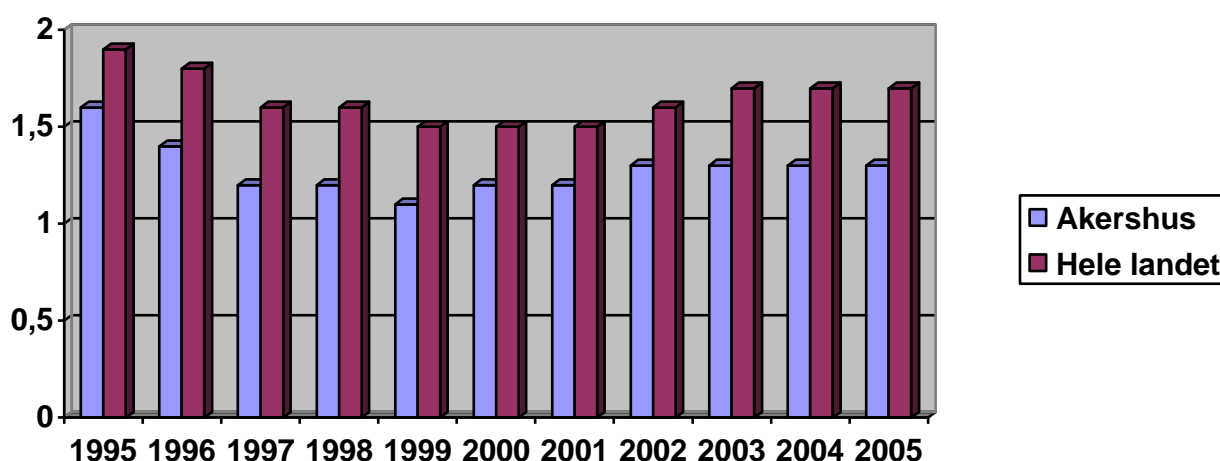
Diagrammet<sup>(6)</sup> viser en stigning i prosentandel uten hull frem til 1997, hvorefter andelen

synker jevnt til år 2002, for så å øke frem til dags dato. Det fremgår også at 5-åringene i Akershus ligger stabilt 6-9 %-poeng over landsgjennomsnittet. Det er likevel en variasjon mellom de 4 distriktene på 12,6 %-poeng, fra 83,5 (Asker-Bærum) til 70,9 (Nedre Romerike).

For 12- og 18-åringer benyttes gjerne antall tenner med karieserfaring som et mål for tannhelseutviklingen.

12-åringene i 2005 omfattet 7269 barn, hvorav 63 % ble undersøkt og behandlet. Resultatkravet var 1,2 tenner med karieserfaring (DMFT) i gjennomsnitt. Resultatet viser DMFT = 1,3. Også her er det store variasjoner mellom distriktene, fra DMFT = 1,0 (Asker-Bærum) til DMFT = 1,6 (Nedre Romerike). Store bokstaver, "DMFT", indikerer permanente tenner.

#### Tenner med karieserfaring (DMFT) – 12 år

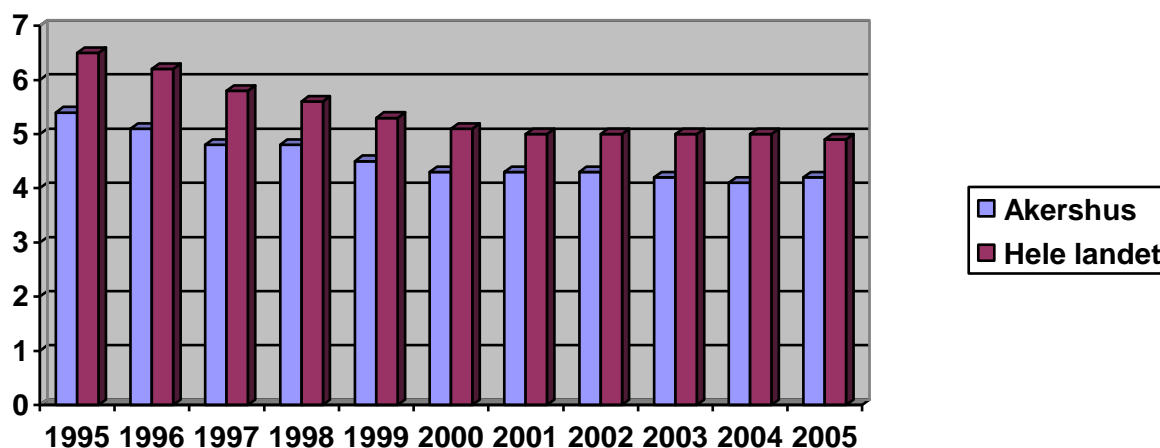


Også her ligger verdiene for Akershus lavere (bedre) enn gjennomsnittet for hele landet, med 0,3-0,4 DMFT-enheter. Av 12-åringene i Akershus var 48,7 % helt uten karieserfaring (DMFT = 0), en forbedring på 0,8 i forhold til 2004 <sup>(6)</sup>.

18-åringene omfattet i 2005 6313 individer. Av disse ble 63,6% undersøkt og behandlet. Resultatet i 2005 var 4,2 DMFT, mens resultatkravet var 4,3 DMFT.

Den distriktsvise variasjon går her fra 3,2 DMFT (Asker – Bærum) til 5,0 DMFT (Nordøstre Romerike).

## Tenner med karieserfaring (DMFT) – 18 år



Diagrammet viser en utvikling mot et stabilt nivå med små variasjoner. Resultatene for Akershus ligger i perioden 0,7 – 1,1 DMFT-enheter lavere (bedre) enn landsgjennomsnittet <sup>(6)</sup>.

### 4.1.2 Støttefunksjoner

#### **IKT-server**

Økonomiplan for 2005 har satt etablering av "...sentral serverløsning som sikrer effektiv IKT-løsning for klinikker som kan dekkes av bredbånd" som resultatkrav.

Slik serverløsning har vært under arbeid i 2006 og vil bli fullført i 2007. Utbygging av bredbånd har vært en begrensende faktor så langt.

#### **IKT-utvikling**

Etablering av sentral server er et nødvendig ledd i en utbygging som begynner å nærme seg slutten. Målet for hele økonomiplanperioden, nemlig at "Alle klinikker skal ha tilgang til effektiv IKT-løsning for pasientadministrasjon, e-post og intranett" er snart nådd. Innføringen av datajournal i pasientbehandlingen startet i 1990-årene, og distriktsadministrasjonenes datasystemer ble koblet til internettet i 2002. Klinikken har fått nødvendig datautstyr og er oppkoblet til internettet. Digitaliseringen av røntgensystemene ble påbegynt i 2002 og blir etter planen fullført i løpet av 2007 (2008). Ved siden av miljøgevinsten ved at fremkaller-kjemikaliene til røntgenfotografering blir borte, vil denne digitaliseringen redusere plassbehovet og medvirke til å gi tjenesten høyere kvalitet.



### **4.1.3 Organisasjon**

#### **Distriktsinndeling**

Resultatkravet i Økonomiplan 2005 ”Virksomheten skal være organisert i fire tannhelsedistrikter” ble gjennomført med virkning fra 01.08.2005.

Ved innføring av fylkeskommunalt ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten i 1984 ble virksomheten delt i 22 distrikter, som fulgte grensene til de 22 kommunene i fylket. Én administrasjon med overtannlege i hvert distrikt ga en tungrodd organisasjonsstruktur, og i 1988 ble antall distrikter redusert til 15. Videre reduksjon fulgte, og i 1994 var virksomheten organisert i 8 geografiske distrikter og én spesialtjeneste. Dagens 4 distrikter følger i stor grad geografisk naturlige skillelinjer, og tre av dem er også jevnt store hva innbyggertallet angår. Det antas derfor at denne strukturen vil være endelig innenfor dagens fylkeskommune.

#### **Klinikkstruktur**

Ved overgang til fylkeskommunal tannhelsetjeneste bestod virksomheten av en rekke små tannklinikker lokalisert i skolebygg. De var oftest énmannsklinikker, som i bare liten grad tilfredsstilte Helsedirektoratets krav til slike lokaler. Tannhelsetjenesten hadde i 1984 150 tannklinikker med til sammen 206 behandlingsrom <sup>(17)</sup>.

Stort behov for opprustning og rasjonalisering førte raskt til en sentraliseringsprosess mot større og færre enheter. Sykdommer som Hepatitt B og AIDS førte til et behov for dyrt hygieneutstyr, som satte ekstra fart i denne utviklingen. Dette sentraliseringsarbeidet gjenfinnes også i tidligere tannhelseplaners målformuleringer.

Ved utgangen av 2005 disponerte virksomheten 58 klinikker med til sammen 151 behandlingsrom, og i løpet av 2007 vil omleggingen av klinikkstrukturen etter planen være fullført.

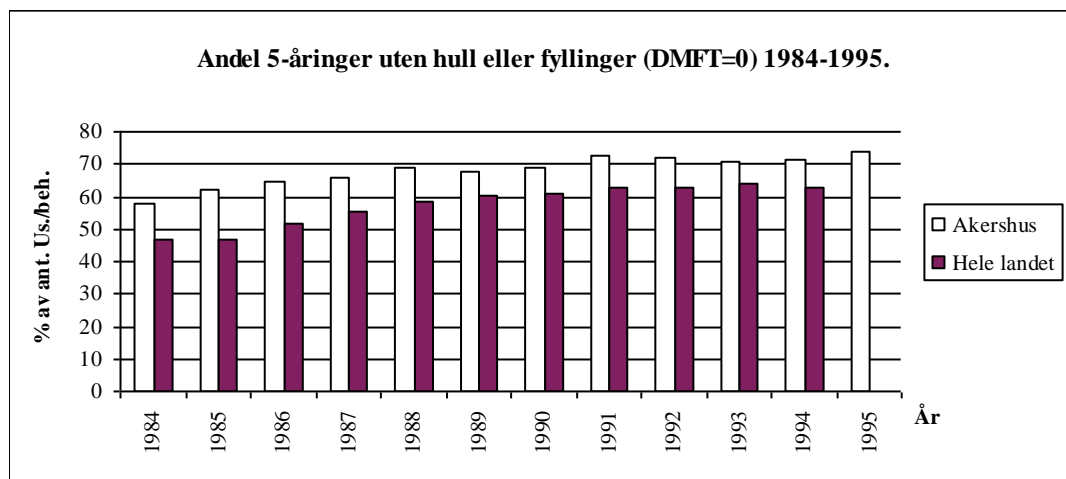
---

## **4.2 Tannhelseutvikling**

---

Tannhelse er, som helse for øvrig, ofte et resultat av livsstil, egen innsats og behandlingstilbud, både forebyggende og sykdomsrettede. (Tann-)Helseutvikling målt i befolkningen vil av disse grunner ofte vise seg etter en viss tid. Det kan derfor være illustrerende å gi et tilbakeblikk på innføringen av fylkeskommunal tjeneste.

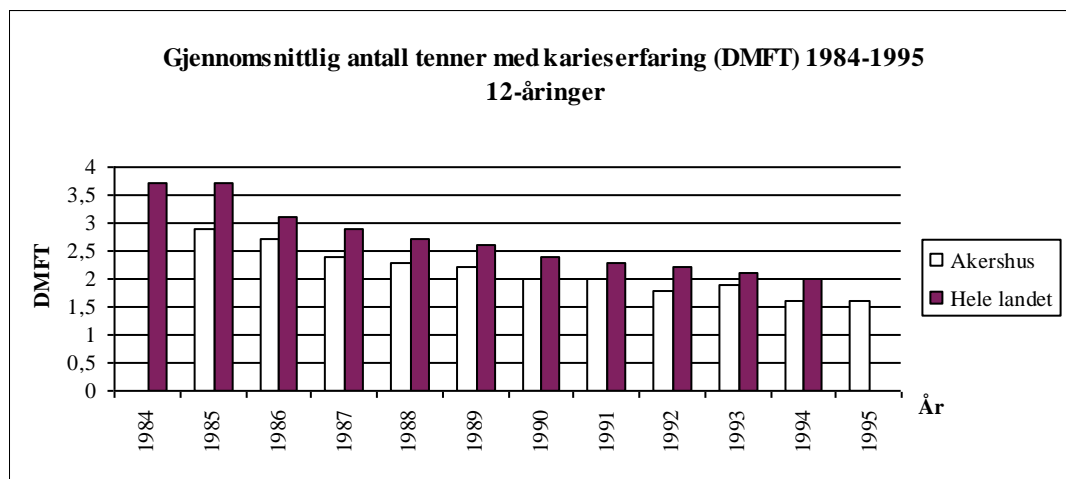
### 5-åringene (17)



Mål år 1995: 70%

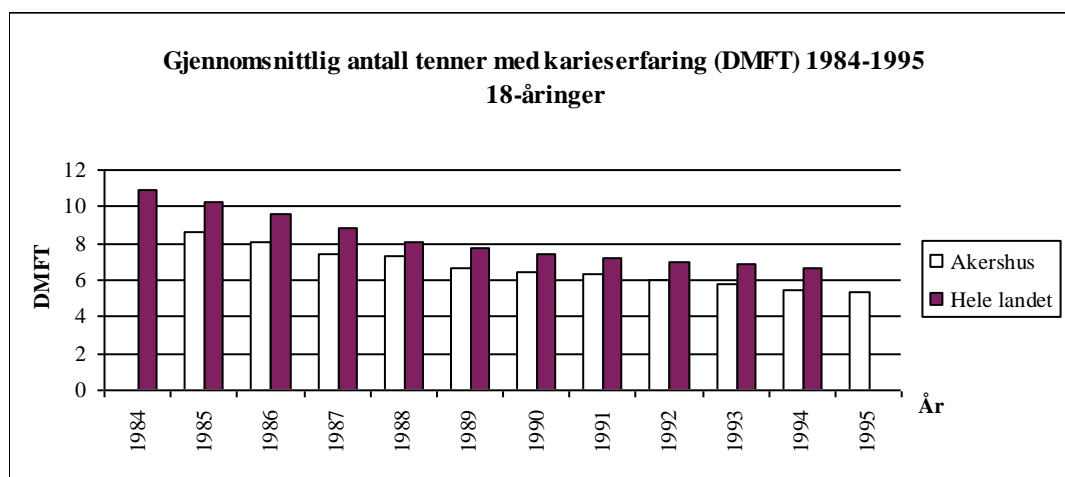
Aldersgruppen hadde i 1995 nådd en prosentandel DMFT=0 på 74,1.

### 12-åringene (17)



Mål år 1995: 2,0 DMFT

## 18-åringer <sup>(17)</sup>



Mål år 1995: 6,0 DMFT

De gjennomsnittlige DMFT-tallene for de to aldersgruppene var hhv 1,6 og 5,4.

### Distriktsvariasjon innen Akershus

Tannhelseutviklingen, slik den kommer til uttrykk gjennom foreliggende data, viser en stadig forbedring mot et nivå, som ikke stabiliserer seg før i årene 2003 – 2005 for 12- og 18-åringene. Imidlertid er de distriktsvise variasjonene blitt mindre. Sammenlikning av de beste og de svakeste resultatene for 5-, 12- og 18-årskullene viser at de ”dårligste” distriktene nærmer seg de ”beste”, samtidig som alle blir bedre <sup>(5,6)</sup>.

#### Variasjon i tannhelsesdata mellom distrikter i Akershus:

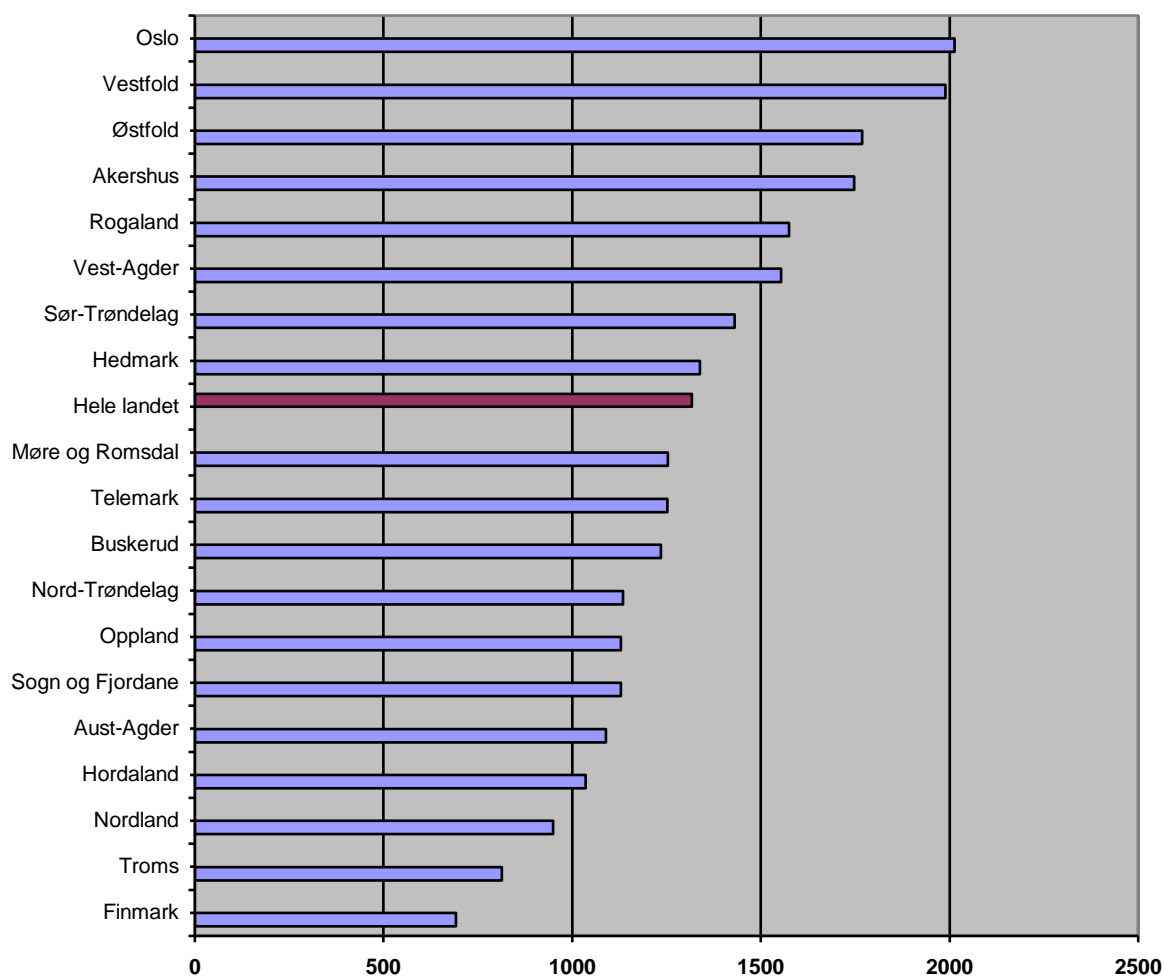
	1994			2005		
	beste distrikt	dårligste distrikt	differanse	beste distrikt	dårligste distrikt	differanse
5 år, dmft = 0	79,5	63,6	15,9	83,5	70,9	12,6
12 år, DMFT	1,0	2,5	1,5	1,0	1,6	0,6
18 år, DMFT	3,6	6,6	3,0	3,2	5,0	1,8

## 4.3 Ressursbruk

Et av hovedmålene i Tannhelseplan 1996-2002 <sup>(17)</sup> for Akershus fylkeskommune er formulert slik: ”Maksimal gevinst i helse- og livskvalitet i forhold til ressurs-innsatsen”.

## Tannlegene

### Antall personer i de prioriterte grupper per tannlegeårsverk i DoT 2002



Kilde: Rapport fra Helsetilsynet /5/2004 <sup>(3)</sup>

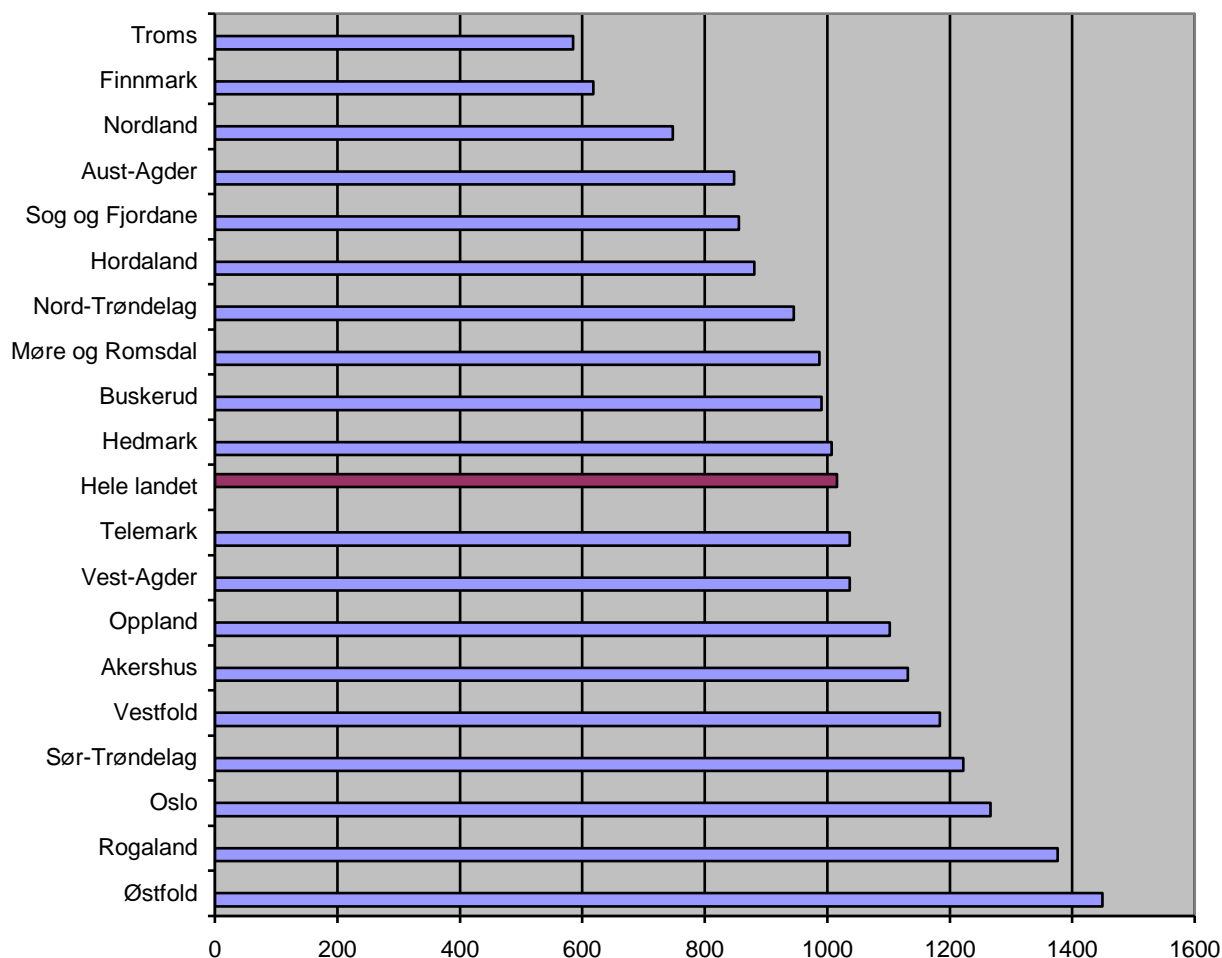
Ovenstående sammenliknende oversikt over antall personer i de prioriterte grupper per tannlege-årsverk viser en relativt god utnyttelse av tannlegene i den offentlige tannhelse-tjenesten i Akershus, med 1747 personer per tannlege-årsverk i 2002. Oslo var på topp med 2014 personer, mens landsgjennomsnittet lå på 1317 personer.

## Tannpleierne

I tråd med LEON-prinsippet, om Laveste Effektive OmsorgsNivå, hadde Tannhelseplan 1992-95 <sup>(18)</sup> målformuleringen: ”Innen 1995 skal forholdet tannlege/tannpleier være 4:1, ...”. I 1995 var forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere 3,8, som omregnet til reelle timetall i hht stillingsstørrelser gir 3,5.

I Hovedmål 4 i Tannhelseplan 1996-2002, ”Maksimal gevinst i helse- og livskvalitet i forhold til ressurs-innsatsen” er Delmål 2 formulert: ”Antall tannpleiere økes utover dagens nivå”.

#### Antall personer under tilsyn per tannlege- og tannpleierårsverk. 2002



Kilde: Rapport fra Helsetilsynet / 5/2004 <sup>(3)</sup>

Diagrammet viser at Akershus har 1132 personer under tilsyn per tannlege- og tannpleierårsverk, mens Østfold har flest med 1449 personer. Tallet for landsgjennomsnittet er 1016 personer under tilsyn.

#### Manglende behandlingsskapasitet

Andel pasienter undersøkt / behandlet (2, 6):

	Gr. A (3-18 år)	Gr. B	Gr. C1	Gr. C2	Gr. D	Voksne
2005	63,9	81,6	65,7	46,3	36,1	< 1 %
2004	66,0	75,7	63,8	40,0	38,1	< 1 %
2003	60,3	80,1	66,0	37,4	35,4	< 1 %

I tråd med individuell behandling og forlengede innkallingsintervaller blir pasientene ikke undersøkt/behandlet årlig, men får innkalling ("recall") etter individuell plan. Til tross for økningen i antall behandlede pasienter ble om lag 9 800 pasienter i 2005 ikke innkalt som planlagt på grunn av manglende kapasitet. Dette var en økning på 1 400 pasienter i forhold til 2004, mens tallet for 2003 var 10 700 pasienter <sup>(2, 6)</sup>.

#### **4.3.1 Kapitalregnskap – utstyr**

Dette er et regnskap over midler benyttet til større, kostnadskrevende enheter med betegnelsen "utstyr". Dette omfatter blant annet såkalte "uniter", som består av tannlegestol og søyle, samt større utstyrsartikler til sterilrom og motorrom.

Regnskapet for 2005 ser slik ut for dette området, beløp i kroner <sup>(6)</sup>:

<b>Netto utgifter 2005</b>	<b>Revidert budsjett 2005</b>	<b>Regnskap 2005</b>
<b>Utstyr</b>	1 097 500	545 715

Tjenesten har mye gammelt utstyr (uniter) som står for tur for utskifting. Revidert budsjett ga ikke rom for annet enn enkeltvis utskifting i 2005, men større utskiftninger var planlagt i 2006 med anbudskonkurranser pga kostnadenes størrelse.

#### **Nye klinikker**

Som et ledd i omlegging av klinikkstrukturen mot færre og større enheter ble det nedlagt til sammen 8 klinikker i 2005. Antall behandlingsrom ble også redusert med 8 <sup>(6)</sup>. Det ble ikke opprettet nye tannklinikker, men flere var i planleggingsfasen for etablering i 2006.

#### **4.3.2 Kostnads- og befolkningsutvikling**

I 1995 hadde tannhelsetjenesten en vedtatt budsjettramme på 86,0 mill. kroner. Regnskapet samme år viste et netto driftsresultat på 84,7 mill. kroner. I 2002 var summene steget til henholdsvis 102,3 og 103,3 mill. kroner. I 2005 var budsjettet på 106,2 og netto driftsresultat på 106,17 mill. kroner.

Netto driftsutgifter for tannhelsedistriktene 1995 - 2005 (alle beløp i mill. kroner) <sup>(4,5,6)</sup>:

<b>Akershus</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Budsjett</b>	84,4	86,5	88,2	94,6	101,6	97,3	97,3	102,6	111,3	101,5	106,2
<b>Regnskap</b>	82,9	85,5	88,1	92,9	100,0	97,8	97,9	103,3	111,5	102,7	106,2

Budsjettene ble redusert fra år 2000 og ble overskredet i 2000, 2001, 2002, 2003 og 2004. Budsjett- og regnskapsøkningen i 2003 skyldes kompensasjon for økte pensjonsutgifter.

I perioden 1995-2005 er tallet på personer under tilsyn i de prioriterte grupper A - D <sup>(4,5,6)</sup> økt slik:

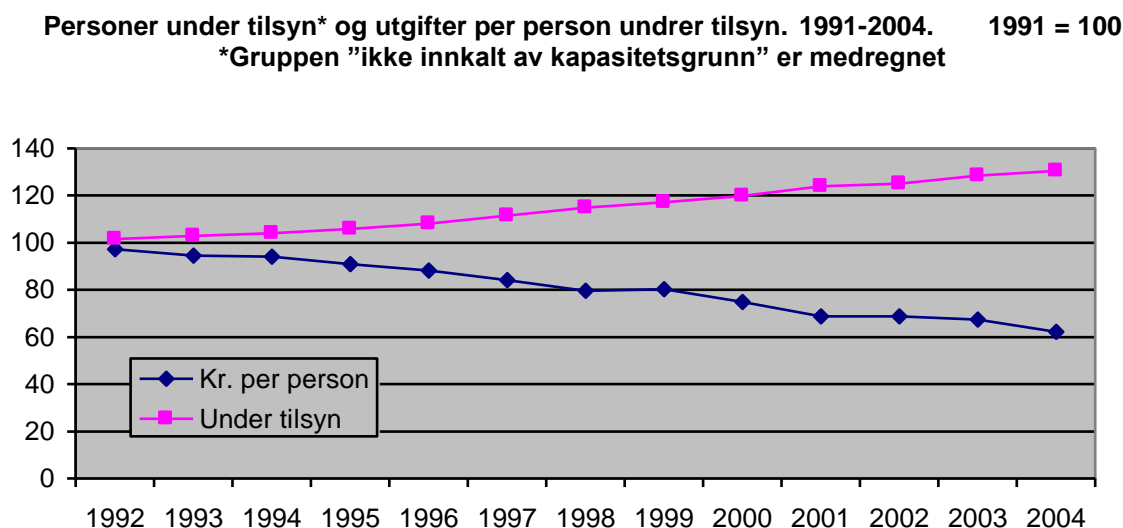
<b>Personer gr. A - D</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Under tilsyn</b>	111.952	117.625	120.427	132.334	135.994	138.591	138.821

Kostnadsutviklingen i perioden 2001 – 2005 er vist i kap. 3.1.1 ved KOSTRA-tall for netto driftsutgifter per prioritert person under tilsyn. En sammenlikning mellom Akershus og en del andre Østlandsfylkeskommuner gir dette bildet:

Netto driftsutgifter (kroner) per prioritert person under tilsyn (KOSTRA-tall) <sup>(6)</sup>:

<b>Fylke</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Hedmark	1516	1316	1333	1291	1295
Buskerud	1031	1226	1138	1184	1238
Østfold	841	960	985	1089	919
Oppland	953	981	1107	1033	1100
Telemark	1019	1162	1185	1253	1307
Vestfold	718	792	844	897	972
Oslo	538	605	710	734	.....
<b>Akershus</b>	<b>749</b>	<b>783</b>	<b>828</b>	<b>751</b>	<b>801</b>

En direkte sammenlikning mellom utviklingen av gruppen "Personer under tilsyn" og "Utgifter per person under tilsyn" for perioden 1991-2004 vises i diagrammet (2):



I en periode med stigende antall individer i gruppen "personer under tilsyn" kan det samtidig observeres en markert nedgang i "utgifter per person under tilsyn".

---

#### 4.4 Kvalitet og opplæring

---

Tannhelsetjenestens opplæringsprogram gjennomføres dels med obligatorisk, dels med frivillig deltakelse. Oppslutningen er god også for de "frivillige" kursene, som arrangeres med lønnet permisjon ved deltakelse. Deltakelsen i fag-/kvalitetsgrupper tyder også på stor interesse for faglig oppdatering.

Det gjennomføres fra tid til annen brukerundersøkelser om publikums oppfatning av tjenesten. Tannhelsetjenesten har kommet godt ut av slike undersøkelser, som dog ikke kan sies å gi noe autorisert bilde av tjenestens helsefaglige virksomhet.

En eventuell klage på gitt behandling bli behørig behandlet av tjenestens faglige instanser, med fylkeslegen som øverste klageinstans. Det finnes ikke noe sentralt register med statistikk over klager, trolig fordi de er sjeldne, og de færreste omhandler faglig utførelse.



---

## 5. TANNHELSE VS ØKONOMI

---

Tannhelsetjenesten i Akershus hadde i 2005 et revidert budsjett på 106,20 mill. kroner og kunne fremlegge et regnskap på 106,18 mill. kroner <sup>(6)</sup>, noe som må sies å ligge svært nær budsjettrammen, men

### HVA FÅR VI FOR PENGENE?

Lønn står for hovedandelen, idet noe over 71 % av bruttobudsjettet går til dette formål <sup>(5)</sup>, inkludert egne utgifter til AFP-ordningen. Videre legger husleie beslag på drøyt 7 %, mens dentale forbruksvarer og inventar og utstyr normalt utgjør 3-5 % av utgiftene. Det vil likevel være variasjoner fra det ene år til det annet i disse tallene.

Det er ofte hard kamp om offentlige midler, så også i fylkeskommunene. Akershus ligger på begge sider av både hovedstaden og Oslofjorden, er befolket med nesten like mange innbyggere som Oslo og har store utgifter til skole og samferdsel ved siden av tannhelse.

---

### 5.1 Innkallingsintervaller

---

Hvor ofte må bilen på service for å fungere skikkelig, og hva kan vi ordne selv?

Satt på spissen: Hvor ofte må barn og ungdom gå til tannlegen for å være sikre på at de fortsatt ikke har hull i tennene?

#### **5.1.1 Individuell behandling**

Alle som får tilbud om behandling i den offentlige tannhelsetjenesten blir behandlet individuelt. Det innebærer at man ikke lenger blir innkalt hvert år, men pasienten blir satt opp til ny innkalling etter vurdering av den enkeltes tannhelse ved siste besøk. Denne vurderingen, som gjøres av tannlege eller tannpleier på faglig grunnlag ut fra sykdomsrisiko og utvikling, gjør det mulig å anslå når neste besøk bør finne sted. Noen pasienter vil etter slik vurdering

kunne bli satt opp med ny innkalling (recall) etter f. eks. 4 måneder, mens andre kan vente lenger, f. eks. 20 måneder.

Det blir anslått i klinisk praksis at minst 30 % av medgått tid ved undersøkelse og behandling benyttes til administrative rutiner, klargjøring og andre ikke-kliniske gjøremål. Det er derfor all mulig grunn til å redusere antall seanser så langt det er mulig.

### **5.1.2 Bedre tannhelse – lengre intervaller**

Tannhelsetjenesten hadde i tidligere tider, som ”skoletannpleie”, rutineinnkalling av pasientene én gang i året. Vi har i dag både faglige, økonomiske og etiske grunner til å forandre denne praksis.

Statens helsetilsyn sier i sin veileder *”Tenner for livet – Helsefremmende og forebyggende arbeid (1:1999)”*<sup>(16)</sup> at ”Undersøkelser har vist at det er faglig forsvarlig å forlenge innkallingsintervallene opp mot 24 måneder for mennesker med god tannhelse. For andre kan det være behov for oppfølging med kortere intervaller.”

Allerede i 1994 ble det en rapport<sup>(19)</sup> med resultater fra en undersøkelse i Drammen, hvor innkallingsintervallene ble forlenget som følge av individualiserte intervaller for innkalling. Resultatene indikerte en reduksjon i anvendt tannlegeekvivalent tid, samtidig som total mengde kariesangrep ikke syntes øke, snarere en reduksjon også her. Disse resultater bekreftes av flere senere rapporter fra undersøkelser, blant annet i Oslo <sup>(7)</sup>.

### **5.1.3 Innkallingsintervaller gruppe A, 3-18 år**

Spesielle forhold knytter seg til den individuelle behandlingen av individer i befolkningsgruppene B og C (1 og 2), og til dels også for gruppe D, noe som gjør det vanskelig å lage statistikker for disse gruppene.

For gruppe A har gjennomsnittsintervallene for innkalling utviklet seg slik i perioden 2000 – 2005 <sup>(6)</sup>:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Asker	16,5	18,9	18,8	25,0	16,8	19,1	Asker- Bærum
Bærum	19,0	18,9	19,4	21,8	19,0		
Ytre Follo	17,2	19,3	17,6	18,6	18,3	18,4	Follo
Ski-Oppegård	17,8	19,4	17,5	18,1	20,0		
Lør-Ene-Ræl	16,8	18,1	19,0	17,6	17,6	16,6	Nedre Romerike
Skedsmo-Nit	17,5	18,1	17,3	16,6	16,5		
Østre Romerike	17,8	21,5	18,9	20,2	18,1	19,5	Nordøstre Romerike
Øvre Romerike	18,6	17,3	19,4	20,4	18,7		
<b>Akershus</b>	<b>17,8</b>	<b>18,9</b>	<b>18,5</b>	<b>19,7</b>	<b>18,2</b>	<b>18,4</b>	<b>Akershus</b>

Det er et krav at tid mellom planlagte innkallinger ikke skal overstige 24 måneder. Ut fra en god tannhelsestatus i Akershus er 20 måneder satt som mål for gjennomsnittlig innkallingsintervall i 2005. Resultatet for 2005 ble 18,4, med 19,5 og 16,6 måneder som høyeste og laveste gjennomsnittlig intervall i distriktene.

#### **5.1.4 Garantier?**

Dersom en bil, eller andre produkter, skal kunne gis en garanti, må eieren/brukeren følge en slags bruksanvisning eller vedlikeholdsplan. Dersom en bil stadig utsettes for saltlake, sjøsprøyt og liknende, så vil den ruste ganske raskt.

Dersom et tannsett stadig utsettes for sukkerlake ved mye småspising og jevnlig påfyll med godterier og sports- og leskedrikker, så vil tennene få hull ganske raskt.

Det vil ikke kunne gis noen garanti mot å få hull i tennene, i alle fall ikke foreløpig, Tennene lever stort sett sitt liv i hjemlig miljø og ser egentlig sjelden noe til tannlegen.

#### **”Hjemmelekser”**

For å følge bil-terminologien litt til: det lønner seg å vaske, stelle, skifte olje på bilen og følge opp andre råd og vink fra forhandler og instruksjonsbok. Det er også fornuftig å følge råd og

vink fra tannlege og tannpleier. De er spesialister på sitt felt og har som oftest lang erfaring i stell og reparasjoner.

Kosthold styres forhåpentligvis fortsatt av hjemmet. Gode vaner for inntak av måltider og inntak av leskedrikk læres også i hjemmet. På samme måte er det en oppgave for foresatte å følge opp renhold, altså tannpuss, til barna klarer slikt selv. Det siste skjer ikke før i 10-års alderen!

Fluortannkrem og eventuelt –tabletter og –skyll er en del av dette bildet. Problemet er kanskje at de foresatte må ”rette hjemmeoppgavene” selv. Eksamen kommer først ved neste tannlegebesøk.

---

## **5.2 Måloppnåelse og effektivitet**

---

Måten vi utnytter våre ressurser på vil ofte være et tegn på effektivitet. Det finnes mange effektivitetsbegreper, de fleste av dem er utenlandske, ofte engelske eller amerikanske. Ikke alle lar seg oversette til godt norsk. Felles for de fleste av dem er at det er vanskelig å måle (tann-)helsegevinst i kroner, jfr. kap. 2.3.

To begreper for ”effektivitet”, som ofte brukes i Norge, er ”ytre effektivitet” og ”indre effektivitet”. Begrepene gir et forståelig bilde av hva vi ”får for pengene” og vil bli brukt her. *Ytre effektivitet* sier noe om graden av måloppnåelse, mens *indre effektivitet* forteller om i hvilken grad måloppnåelsen skjer på en ”bedriftsøkonomisk” riktig måte.

### **5.2.1 Ytre effektivitet**

I Økonomiplan for Akershus 2005 – 2008 er det formulert mål både for perioden 2005 – 2008 og for året 2005, jfr. kap. 3.3. Foreliggende resultater gjør det kun mulig å vurdere året 2005.

#### **Dekningsgrad for personer under tilsyn**

Resultatene (jfr. kap. 4.1.1) overgår målene for alle grupper, unntatt for gruppe B, ”psykisk utviklingshemmede”, hvor 94 % av gruppen fikk tilbud, mens målet var 95 %. Denne gruppen

utgjør 0,3 % av befolkningen og 1 % av de prioriterte grupper. Den kan variere noe fra et år til et annet innenfor 22 kommuner, og en forskjell på 1 % regnes derfor ikke som avvik.

→ Måloppnåelsen for dekningsgrad i 2005 må derfor sies å være god.

### Kostnader

KOSTRA-tall viser at Akershus hadde de lavest rapporterte tall for netto driftsutgifter per prioritert person under tilsyn i 2005, kr. 801, jfr. kap. 4.3.2.

I resultatkrav for 2005 i gjeldende økonomiplan er angitt at ”Kostnadene per person under tilsyn skal være på nivå med 2003. KOSTRA-tall for 2003 forteller at netto driftsutgift i 2003 var kr. 828 per person under tilsyn, hvilket indikerer at kravet er innfridd. I regnskap 2003 er medregnet ekstra pensjonsutgift på ca. 4 mill. kroner. Korrigert for teknisk endring i føringen ville tallet ha vært kr. 798. Likevel ligger kostnad for 2005 på samme nivå som for 2003.

→ Måloppnåelsen for kostnader per person i 2005 må derfor betegnes som akseptabel.

### Tannhelse

Det er stilt konkrete resultatkrav (tallverdi) i befolkningsgruppe A, barn – ungdom 1-18 år.

Rapporterte data for 2005 <sup>(6)</sup> viser følgende:

Gruppe A	Tannhelseresultat 2005	Tannhelseresultat 2004	Resultatkrav 2005
5-år, andel uten hull (dmft = 0)	76,5 %	74,4 %	70,0 %
12 år, gjennomsnitt DMFT	1,3	1,3	1,2
18 år, gjennomsnitt DMFT	4,2	4,1	4,3

Tannhelsesituasjonen er stabilt god for alle målekull i gruppe A. Den er tydelig bedre enn resultatkravet for 5-åringene, litt bedre for 12-åringene, mens den viser litt tilbakegang for 18-årskullet. For begge de to sistnevnte er endringen/tilbakegangen så liten at den anses som ubetydelig, dersom den ikke blir bekreftet ved neste års registrering.

For de øvrige prioriterte gruppene er det ikke angitt noen tallverdi som resultatkrav i økonomiplanen for perioden. Det er likevel et formulert delmål i Tannhelseplan 2004 – 2010, uten at det er fattet noe politisk vedtak om dette, at <sup>(11)</sup>

*Brukere som tilhører gruppene B, C1 og C2 har et tannsett som er funksjonelt og estetisk i forhold til den enkeltes situasjon.*

→ Måloppnåelsen for tannhelse må anses som akseptabel.

### **Støttefunksjoner**

Etablering av "... sentral serverløsning som sikrer effektiv IKT-løsning for klinikker som kan dekkes av bredbånd" er et formulert resultatkrav for 2005.

Som nevnt i kap. 4.1.2 er utbyggingen hittil forsinket av utbyggingen av bredbånd. Etableringen vil bli fullført i løpet av 2007.

→ Målet sentral serverløsning er ikke nådd i henhold til resultatkravet for 2005.

### **Organisasjon**

Resultatkravet om organisering av virksomheten i fire tannhelsedistrikter ble nådd i 2005.

→ Måloppnåelsen i forhold til organisering av virksomheten må anses som god.

### **5.2.2 Indre effektivitet**

Prioriteringen av befolkningsgrupper i tannhelselovens § 1-3 har ligget til grunn for tannhelsetjenestens arbeid siden 1984. Loven lister opp gruppene (a-e) i prioritert rekkefølge, og hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle grupper skal denne prioritering følges.

Med hjemmel i ovenstående ble gruppe d, 19- og 20-åringene, innlemmet i tannhelseplanleggingen i Akershus som den siste av de lovpålagte grupper fra og med 1992. Oppbyggingen av tilbudet til de forskjellige gruppene har skjedd parallelt, selv om oppstarten av hver gruppe har foregått i prioritert rekkefølge. Det har ikke vært praktisk å skille ressursbruk i forhold til dekningsgrad fra arbeidet med tannhelse. Har pasienten (gruppen) først fått et tilbud, så blir det også gjort en undersøkelse og gitt eventuell behandling.

Det vil også være unaturlig å skille kostnadene i seg selv fra det formål ressursene brukes til, så lenge vi drøfter ”indre effektivitet”, som er en vurdering av hvorvidt pengene brukes ”riktig”.

### **Dekningsgrad, kostnader og tannhelse**

I tråd med det helhetlige arbeidet som gjøres vil arbeidet med dekningsgrad og tannhelse i dette kapittel bli vurdert samlet.

Kompleksiteten i virksomheten gjør det vanskelig å vurdere dette arbeidet på annen måte enn ved å

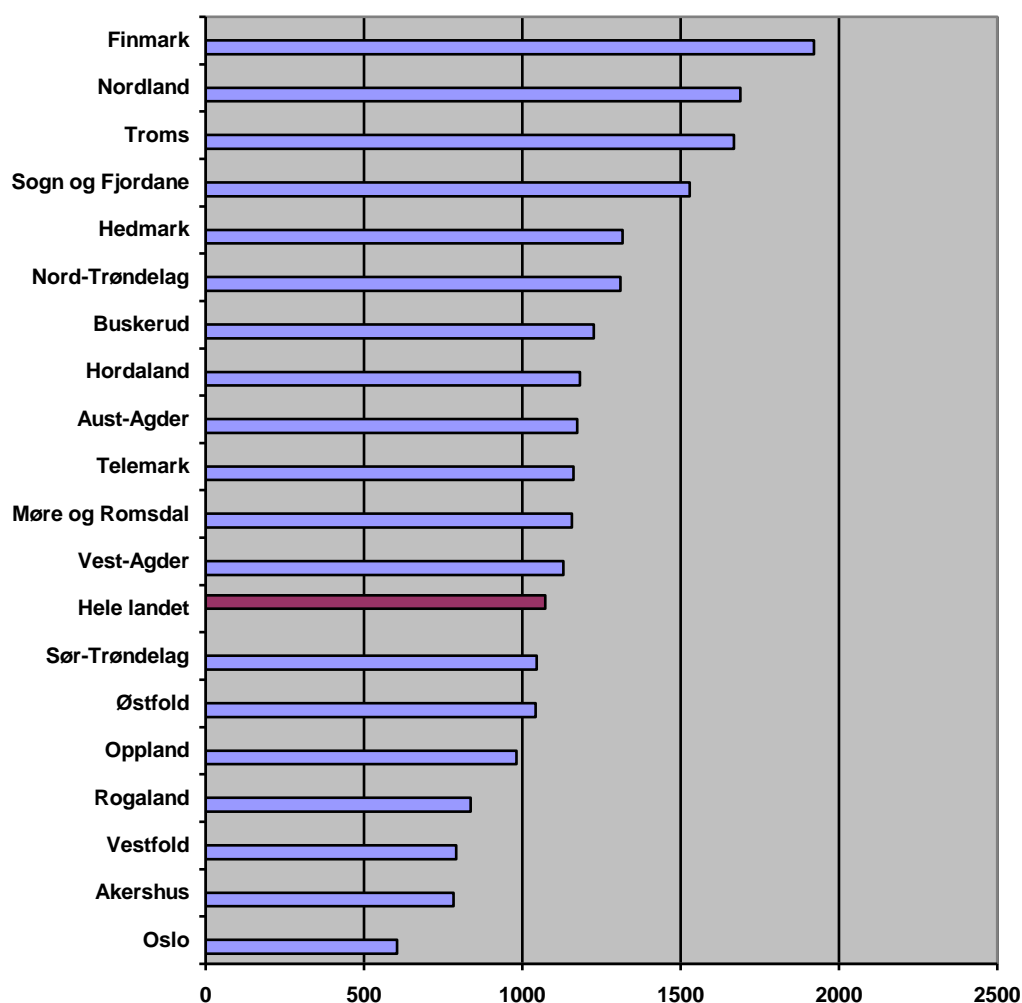
- vurdere utviklingen av egne resultater over tid
- sammenlikne egne resultater med andres.

Det er i kap. 4.3.2 vist at tannhelsetjenesten i Akershus har de laveste netto driftsutgifter av de 7 fylkeskommunene i Øst-Norge utenom Oslo. Det er også vist at utgiftene per person under tilsyn synker målt mot økningen i befolkningsgrunnlaget i de samme gruppene.

Ressursbruken i betydningen personellbruk, som belaster regnskapet med mer enn 70 %, er relativt god. Antall personer i de prioriterte grupper under tilsyn per tannlegeårsverk, og per tannlege- og tannpleierårsverk er omtalt i kap. 4.3, og i Helsetilsynets Rapport / 5/2004 <sup>(3)</sup>. Akershus blir her vurdert til å ha ”høy” tjenesteproduksjon og ”lave” netto driftsutgifter per person i de prioriterte gruppene under tilsyn i 2002.

Oversikt over netto driftsutgifter for samtlige fylkeskommuner ser slik ut:

### Netto driftsutgifter per person i de prioriterte gruppene under tilsyn (NOK). 2002



Kilde: Rapport fra Helsetilsynet / 5/2004 (3).

Høyeste utgifter har Finmark med 1921 kroner, mens Oslo ligger lavest med 605 kroner. Akershus har 783 kroner og landsgjennomsnittet er på 1073 kroner.

Selv om det ikke lar seg gjøre å måle ”cost-benefit”, altså produsert tannhelseenhet og dekningsgradprosent per krone, er det grunn til å anta at den ”indre effektivitet” for disse områdene er god.

Det er likevel et spørsmål om hvor riktig det er å gi karakteristikken ”god” bedriftsøkonomisk sett, når budsjettene etter reduksjonen fra 2000 ble overskredet i de påfølgende fire år. Det er normalt et poeng å holde seg innenfor de tildelte rammer. En justering av mål (resultatkrav), eventuelt en revisjon av budsjettet, ville kanskje vært en mer korrekt fremgangsmåte her.



## **Kvalitet og effektivitet**

Et annet moment i denne vurderingen er at behandlingskapasiteten synes svekket etter flere år med budsjettreduksjoner, jfr. omtalen av manglende behandlingskapasitet i kapittel 4.3. Det gis i Økonomiplan 2005-2008<sup>(2)</sup> uttrykk for at færre stillinger til flere pasienter, som konsekvens av reduserte driftsrammer, kan føre til kvalitetssenkning på tilbudet.

Tannhelsetjenesten uttrykker selv i samme økonomiplan sterk tvil om muligheten til å hente ytterligere effektiviseringsgevinst og samtidig opprettholde et faglig forsvarlig tilbud i tråd med de lovpålagte kvalitetskravene <sup>(2)</sup>.

## **Støttefunksjoner**

Utbygging av IKT-løsninger ligger utenfor tannhelsetjenestens virksomhetsområde, i det tjenesten ”bestiller” et oppdrag utført av andre. Innkjøp av utstyr og tjenester i slik sammenheng er underlagt rammeavtaler, eventuelt går innkjøpene ut på anbud i henhold til regler for slikt innenfor offentlig forvaltning.

Dette punkt anses derfor å falle utenfor vurderingen av ”indre effektivitet”.

## **Organisasjon**

Resultatkravet om organisering av virksomheten i fire tannhelsedistrikter fører til at to distrikter slås sammen til ett. Dette medfører behov for endring og tilrettelegging av arbeidsplasser i administrasjonen, i tillegg til endring av kontoradministrative rutiner og effekter.

Hvorvidt utgifter til dette oppveies av fordelene ved én større i stedet for to mindre distriktsadministrasjoner vites ikke før prosessen etter noe tid er evaluert.

---

## **5.3 ”Riktige” mål**

---

I 2003 gjennomførte Helsetilsynet en utredning av området tannhelsetjenester i Norge. Statens helsetilsyn fikk oppdraget med utredningen, og i tildelingsbrevet fra Helsedepartementet heter det <sup>(3)</sup>:

”I 2003 skal Helsetilsynet fokusere på om prioriterte grupper får de tannhelsetjenester de har krav på.”

### **5.3.1 Helsetilsynet i Oslo og Akershus**

De lokale helsetilsyn i fylkene rapporterte tilbake, og Helsetilsynets oppsummering foreligger i utredningen: ”*Rapport fra Helsetilsynet / 8/2005*”<sup>(20)</sup>. I denne rapporten meldte Helsetilsynet for Oslo og Akershus at tilbudet til gruppe c (eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie) i Akershus gir grunn til uro. Det lokale helsetilsynet meldte også at den økonomiske situasjonen påvirker tilbudet til de prioriterte gruppene.

#### **Helsetilsynets oppsummering** <sup>(20)</sup>

Helsetilsynets i Oslo og Akershus’ oppsummering av bemanningssituasjonen etter rapport fra fylkestannlegen / direktøren er: ” Ikkje noko problem med rekruttering av tannlegar. Men personellmangel: Innanfor dei stadig reduserte rammene er det ikkje tilstrekkeleg med midlar til å tilsetje tannlegar i vakansar/vikariat som det er behov for i tenesta. Yngre tannlegar forlèt DOT etter ei tid til fordel for privatpraksis.”

Om tilbudet til de prioriterte grupper heter det: ”Framstilling av tilbod til dei prioriterte gruppene. Ikkje store endringar frå 2003-2004. Det ser ut til at delen pasienter under tilsyn i dei prioriterte gruppene kan haldast ved lag også for 2004, men med reduserte rammer kan dette gå ut over delen under tilsyn i dei prioriterte gruppene.”

I ”Andre kommentarar” peker Helsetilsynet i Oslo og Akershus på at det i Tannhelsetjenesten i Akershus er: ”Eit mål å auke delen vaksne pasientar for å kunne møte behovet for full fagleg utøving hos tannhelsepersonell.”

#### **Statens helsetilsyns kommentarer** <sup>(20)</sup>

” Trass i den stramme økonomiske situasjonen i Den offentlege tannhelsetenesta i Akershus viser statistikken at fleire personar var under tilsyn og blei undersøkte/behandla i 2004 enn i 2003. Auken var spesielt stor for talet på personar i dei prioriterte gruppene som var undersøkte/behandla.

Når det gjeld Den offentlege tannhelsetenesta, har Akershus låg bemanning i høve til landsgjennomsnittet, med nesten 2000 personar i dei prioriterte gruppene per offentlig tannlegeårsverk. Bemanninga i den private tannhelsetenesta er på gjennomsnittsnivå for heile landet.

Det gir grunn til ettertanke at innkallingsintervalla i Akershus er forlengde for å kompensere for personellmangel som følge av reduserte rammer, og ikkje på fagleg grunnlag. Ein kan setje spørjeteikn ved at Den offentlege tannhelsetenesta i Akershus har eit mål om å auke delen av vaksne pasientar, når dei meiner at dei ikkje har tilstrekkeleg midlar til å møte behov hos personar i dei prioriterte gruppene.

Det var i 2004 over 1200 personar under tilsyn per tannlege- og tannpleiarårsverk i Akershus.”

### **5.3.2 Vedlikehold**

I årsrapport 2005 fra Tannhelsetjenesten i Akershus bekreftes det at Akershus i årene 2003 og 2004 hadde relativt lave dekningsstall for gruppe C 2 med henholdsvis 60 % og 57 %, jfr. kap. 4.1.1. Det fremgår også at dette er endret for 2005. Tallet var da 71 %.

Med utgangspunkt årsrapport for 2005 får man inntrykk av at de prioriterte grupper blir godt ivaretatt i Akershus. Dekningsgraden i forhold til de prioriterte grupper er nå blant de fremste i landet, og tannhelsen hos barn og ungdom er også svært god. De foreliggende data over tannhelsen blant barn og ungdom 1 – 18 år tyder likevel på at det går mot en avflating av kurven for tannhelse. Dette ser ut til å gjelde alle målekull i gruppe A <sup>(6)</sup>.

### **Nok er nok**

Det kan se ut til at Tannhelsetjenesten i Akershus er i ferd med å komme på et nivå, hvor det kan tilføres økende mengde ressurser, uten at tannhelsen viser tilsvarende bedring. Målsettingen blir dermed å forsvare de oppnådde verdier, snarere enn å forsøke å nå nye høyder. Ressurser vil dermed kunne frigjøres og overføres til andre (prioriterte) grupper. Resultatkravene i Økonomiplan 2005 for Akershus, å stabilisere tannhelsen på nivå med resultatene for 2003, virker riktige i så måte.

### **Distriktsvise forskjeller**

Utfordringen kan også bli å redusere de distriktsvise forskjellene som forekommer. Tall fra tiden med flere og mindre distrikter i Akershus, hvor noen av distriktsgrensene var identiske

med kommunegrensene, viser større forskjeller enn tilfellet er i dag (2005)<sup>(4,5,6)</sup>, jfr. kap.3.1.4. Utviklingen mot dagens nivå kan enten skyldes at vi har fått en reell utjevning av tannhelsenivået mellom de forskjellige geografiske områdene, eller at nivåforskjellene er de samme som før, men at ulikhetenes ytterpunkter nå ”forsvinner”, fordi statistikk fra de sammenslåtte distriktene følger ”de store talls lov”. Sannheten er kanskje en kombinasjon av de to.

---

## 5.4 Bevilgninger og tannhelse

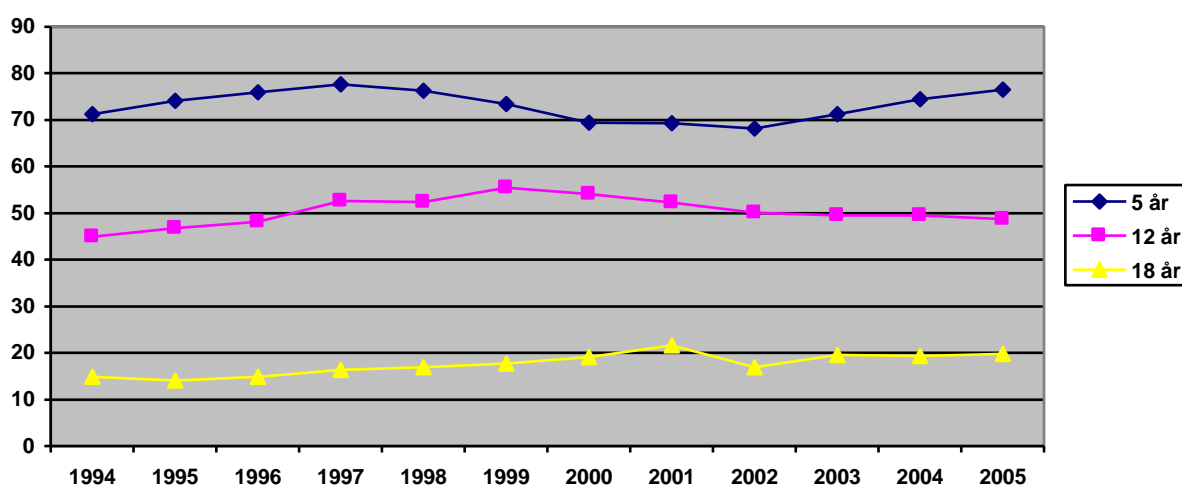
---

Det ble i kap. 4.3.2 gjort rede for overskridelser av budsjettet fem år på rad etter reduksjon av tildelte rammer for virksomheten.

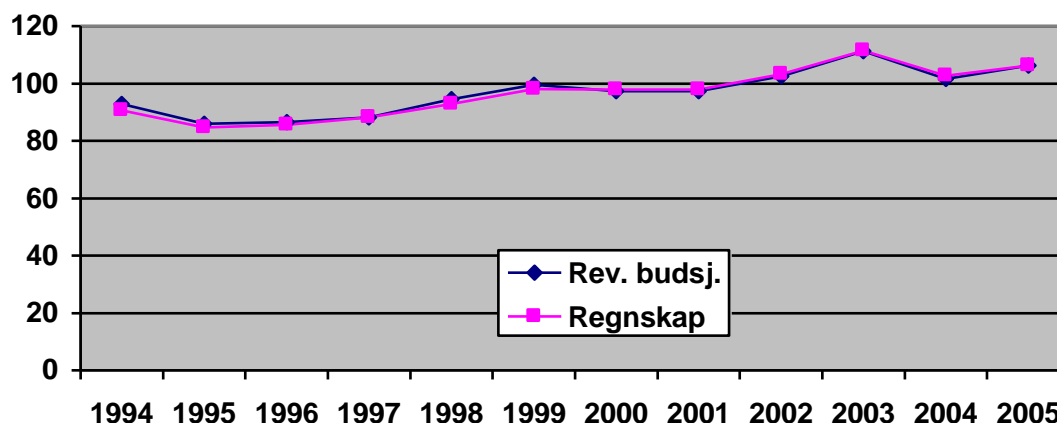
Statens helsetilsyn peker på faren for at de reduserte rammer kan gå ut over delen under tilsyn i de prioriterte gruppene, jfr. kap. 5.3.1.

Tannhelsen er i det foregående vurdert etter andel uten karieerfaring for 5-åringer, mens gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring er brukt for 12-åringer og 18-åringer . Det gis her en oversikt over prosentandel uten karieserfaring (hull i tennene) for alle grupper (5-, 12- og 18-åringer) i Akershus i perioden 1994 – 2005, for mest mulig samsvar mellom faktorene. Diagram for revidert regnskap og budsjett for den samme perioden tas også med for vurdering av utviklingen på de to feltene.

**Prosentandel uten karieserfaring 1994-2005, 5, 12 og 18 år. Akershus:** <sup>(4,5,6)</sup>



**Netto driftsbudsjett for tannhelsetjenesten i Akershus 1994-2005, beløp i mill. kroner:** (4,5,6)



Diagrammene for tannhelse (ingen karieserfaring) viser en nedgang, som starter for 5-åringene etter 1997. For 12-åringene begynner den etter 1999, mens tilbakegangen for 18-åringene starter skjer etter 2001. Utviklingen ser ut til å skje suksessivt gjennom alderstrinnene, slik at det reduserte grunnlaget som starter hos 5-åringene "forplanter seg" gjennom årsklassene, i tillegg til at kullene får sin egen spesifikke påvirkning. I diagrammet fremstår dette som en faseforskyvning mellom de tre kurvene. De følger det samme forløpet, men 5-åringene ser ut til å være mest følsomme, ha de største utslagene. Kurvene avflates etter hvert som barna blir eldre.

#### **5.4.1 Budsjettpåvirkning**

Reduksjonene i driftsrammene for tannhelsetjenesten var ikke store sett i forhold til året før, jfr. relativt flat kurve, men overskridelsene de neste årene tyder på at de var følbare i forhold til behovet. Helsetilsynets frykt for dekningsgraden av de prioriterte grupper, særlig gruppe C2, viste seg å være ubegrunnet. Denne gruppen fikk en sterk økning i dekningsgrad for året 2005 fra 57 % i 2004 til 71 % i 2005. Det kan likevel ha skjedd en omdisponering av midler for å unngå dette, godt hjulpet av høy innsatsvilje hos personalet. Dette vites ikke.

#### **Andre årsaker**

Diagrammene over tannhelse viser imidlertid en nedgang, som startet for 5-åringene allerede i 1997/1998, altså før rammereduksjonene inntreffer. Manglende ressurstilgang ser derfor ikke ut til å være noen hovedårsak til nedgangen. Antall vakanser viser lave tall for tannleger, om enn noe stigende fra 1995. Det er imidlertid få søkere til ledige tannlegestillinger, og de fleste er

”ferske”, det vil si relativt nyutdannede. Akershus er et geografisk svært variert fylke, og mange erfarne tannleger søker seg til privat praksis og til sentrale strøk <sup>(4,5,6)</sup>.

---

## **5.5 Feilkilder**

---

Innsamling av data vil ofte være beheftet med en viss usikkerhet. Når disse dataene danner grunnlag for konklusjoner, vil det være nokså avgjørende for validiteten at vi i alle fall vet hvilke feilkilder som kan forekomme.

### **5.5.1 Begrepsinnhold og journalføring**

Tannklinikkene i distriktene rapporterer årlig sine data til distriktets overtannlege, som i sin tur kontrollerer dem, summerer dem og formidler dem videre til fylkestannlege/direktør.

#### **Begrepsforvirring**

I tiden frem til innføring av datajournal førte føring av årsrapportene til en årvisst hodepine, både på klinikknivå og i overtannlegens administrasjon, hvor man skulle kontrollere og summere. Særlig tolkningene av begrepene ”under tilsyn” og ”undersøkt/behandlet” er tolket ulikt, noe Statens helsetilsyn også påpeker <sup>(3)</sup>.

For høyt antall ”under tilsyn” og ”undersøkt/behandlet” vil for eksempel kunne gi et bilde av dekningsgrad som vil være ”for positivt”, men rapportene sier intet om hvorvidt det er en over- eller underregistrering, slik at det eneste vi vet er at tallene tidligere kunne være noe usikre. Utviklingstendensen har gått i samme positive retning stort sett hele tiden. Så lenge vi ikke kjenner til eventuell over- eller underregistrering blir det tilsvarende vanskelig å angi konsekvenser for andre statistikker med disse faktorene, utover at omfanget av eventuelle feilregistreringer er lite, og at utviklingen også i tannhelseregistreringene viser en solid positiv tendens.

#### **Datakyndighet**

Bruken av data i journalføring burde føre til lettelser i det daglige arbeidet, men for mange ”godt voksne” brukere, uten særlig databakgrunn, var dette ikke bare lett. Dataprogrammene var, i alle fall i starten, ikke helt tilpasset brukernes hverdag, noe som av og til kunne føre til at statistiske opplysninger ”glapp”, eller endog ble dobbeltført.

### **5.5.2 KOSTRA**

Statistisk Sentralbyrås (SSBs) KOSTRA er et KOMmune- og STats-RApporteringssystem, for å gi styringsdata for den offentlige forvaltning. Det har vist seg at det kan være store forskjeller mellom fylkes-KOSTRA og kommune-KOSTRA, på en slik måte at fylkes-KOSTRA etter Helsetilsynets konklusjon ikke gir sammenliknbare tall for de forskjellige fylkene<sup>(3)</sup>. Ved bruk av kommune-KOSTRA-tall er ikke feilkildene eliminert, men feilkildene er konstante over tid, og tallene er derfor sammenliknbare, både mellom fylkene på et bestemt tidspunkt og over tid. Dette har spesiell betydning for beregningen av personer under tilsyn i gruppe C.

### **5.5.3 Innkallingsintervaller og ”ikke kapasitet”**

Dersom noen pasienter ikke blir behandlet i henhold til plan på grunn av ”ikke kapasitet”, så er én mulig grunn at det er planlagt for ”korte” innkallingsintervaller. Denne gruppen får derfor klassifiseringen ”ikke behandlet på grunn av manglende kapasitet”. Innkallingsintervallet mellom to behandlingssekvenser avgjøres individuelt av den aktuelle behandler. Dersom intervallet forlenges, vil klinikken få kapasitet til å behandle noen til innenfor samme periode. Intervallenes lengde bestemmes ut fra en faglig vurdering, men det er også klart at en behandler med klinisk erfaring, på et rent faglig grunnlag, vil kunne ”strekke strikken” litt lenger enn en nyutdannet. Dette kan få konsekvenser for statistikken, men ikke for pasienten som likevel blir behandlet i sin tur. Påvirkningen av statistikken vil trolig likevel være beskjeden, sett i forhold til antallet ”ikke behandlet på grunn av manglende kapasitet”, jfr. kapittel 4.3.

### **Endringer i kriteriene for fyllingsterapi**

Undersøkelsen som det ble referert til fra Oslo <sup>(7)</sup> under kapittel 5.1.2 *Bedre tannhelse – lengre intervaller*, bragte også annen interessant informasjon. *Bader* og *Shugar* har utviklet en begrepsmodell om den kompliserte prosessen som ligger bak en tannleges behandlingsbeslutning. Ved hjelp av modellen er det mulig å studere enkeltfaktorer som påvirker tannlegens vurdering, og disse faktorene kan være av både budsjettmessig og organisatorisk art. Sammen med tannlegens faglige innsikt vil disse kunne endre tannlegens beslutningsgrunnlag og dermed diagnose- og terapivalget.

#### **5.5.4 Overføring av ansvar for statistikk**

Til og med statistikkåret 2000 ble data om tannhelsepersonell rapportert av fylkestannlegene til Helsetilsynet. For årene 2001 og 2002 er SSBs data basert på to forskjellige kilder <sup>(3)</sup>.

Fra statistikkåret 2003 vil SSB kun bruke ”registerbasert” statistikk for tannhelsepersonell. Dette vil stort sett gjelde tannhelsepersonell i privat tannlegepraksis og betyr at tall før og etter 2001 ikke er helt sammenliknbare.



---

## **6. FAKTORER SOM PÅVIRKER TANNHELSEN**

---

Vi, som på forskjellig vis har arbeidet med tannhelse i Akershus i lang tid, liker nok å sole oss i glansen av hvor god tannhelsen er ”hos oss”. Det gjør godt å føle at en medvirker til noe som er bra. Men hva er det egentlig som gjør tannhelsen til det den er?

---

### **6.1 Offentlig tannhelsetjeneste**

---

Det er nærliggende å se på Den offentlige tannhelsetjenesten først, for å se hva den egentlig bidrar med. Den har en av hovedplassene i bildet, men den må dele ansvar og påvirkningsmulighet med mange andre aktører og faktorer.

#### **Tannhelsetjenestens formål**

Lov om tannhelsetjenesten har som formål, jfr. § 1-2, at ”Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.” <sup>(1)</sup>

#### **6.1.1 Virkemidler**

Den offentlige tannhelsetjenestens virkemidler er mange, alt etter hvilken arena virksomheten utøves på.

#### **Individuell behandling**

Den tradisjonelle behandlingen, som alltid har foregått hos tannlegen, er den kurative, eller såkalt ”plombering”, hvor hull i tennene blir ”boret” opp og fylt med ulike materialer. Trekking av tenner har vært det alternativet tannleger har ønsket å unngå. Selv om relevant behandling av tannsykdom motvirker videre sykdomsutvikling, ble det forebyggende arbeidet godt hjulpet av oppbyggingen av tannpleierfaget som 2-årig utdanning og ved bruken av ulike former for fluorider.

Den individuelle behandlingen blir i hovedsak gitt i tannklinikk av tannlege eller tannpleier:

- Pasientene undersøkes, kurativ behandling gis ved behov, og det vil normalt bli gitt instruksjon i, og motivasjon for, tannpuss og andre tiltak den enkelte kan gjøre selv.
- Individuell profylakse gis, for eksempel fluorpensling og profesjonell rengjøring.
- Instruksjon og motivasjon overfor foresatte formidles.

Gratis utdeling av fluortabletter til alle praktiseres ikke lenger.

## **Grupper**

Undervisning/instruksjon kan gis i grupper på forskjellige måter. Formen vil variere noe etter sted og målgruppens alder.

Barne- og ungdomsskole:	Undervisning og demonstrasjoner for klasser eller grupper/deler av klasser. Vil være aktuelt som del av skolens temaundervisning i for eksempel kosthold og helse. Utføres av tannpleier (eller eventuelt tannlege).
Videregående skole:	Undervisning av klasser i spesielle fag innenfor studieretning for helse- og sosialfag, hvor det nå også finnes linjer for tannhelsesekretærer. Utføres i henhold til målgruppe av tannpleier eller tannlege.
Helsestasjon:	Undervisning av grupper, oftest mødre. Utføres ofte av helsesøster, i samarbeid med tannpleier som deltar ved behov.
Annet samarbeid:	Opplæring av og øvrig samarbeid med personell innen kommunal helsetjeneste, for eksempel i kommunale institusjoner (sykehjem).

Det ble tidligere gitt gruppeprofylakse i form av ”fluorskylling” for grupper/klasser på barne-/ungdomsskoletrinnet. Denne formen for forebyggende virksomhet drives ikke lenger.

## **Arbeid på andre nivåer**

Selv om tannklinikkene er grunnplanet i den organisatoriske oppbyggingen av fylkeskommunal tannhelsetjeneste så nedlegges et anselig arbeid på overtannlege- og fylkes-

tannlege/direktørnivå. For at tannhelse skal være en naturlig del av individets totale helse er det nødvendig med et utstrakt samarbeid med andre deler av helsevesenet.

I det daglige er kontakten med kommunal helse- og sosialsektor viktig for tilrettelegging, både av vår egen behandling og nødvendig oppfølging fra andre helseaktører. Dette gjelder for alle pasientgrupper.

Samarbeid med blant andre spesialisthelsetjeneste, sykehus og læresteder vil være nødvendig, alt etter hvilken pasientkategori og hvilket sykdomsbilde vi skal behandle. Mange tannklinikker i Akershus benyttes også i studentundervisning i samarbeid med Universitetet i Oslo.

### **6.1.2 Effekt**

#### **Individuell behandling**

Virkningen av individuell behandling er i stor grad vist i de foregående kapitler.

Denne formen for behandling er målrettet og sikter mot den enkelte pasients behov, enten dette gjelder uttalt sykdom i tenner / festeapparat eller forebyggende tiltak for å unngå dette. Resultatene i Akershus viser at tjenesten i stor grad har lyktes i å forbedre tannhelsen i gruppe A av de prioriterte grupper, og dekningsgraden nå er høy også for de andre gruppene.

#### **Grupper**

Det er i perioder stilt spørsmål om mulig effekt av gruppeundervisning i klasser (barne- og ungdomsskolen) og gruppeinnkallinger til helsestasjoner. Slik virksomhet ble prioritert lavere som generelt tiltak, men praktiseres nå i mer målrettet form.

Statistikken skiller likevel ikke mellom individuell behandling og annen type virksomhet.

#### **Arbeid på andre nivåer**

Det lar seg vanskelig gjøre å tallfeste effekten av samarbeid med andre. Det blir sett på som en nødvendighet, for å kunne løse de komplekse helseproblemer tannhelsetjenesten stilles overfor. Tjenesten er en del av en større helhet og må se litt lenger enn til sin egen lille tue eller tannklinikk.

---

## 6.2 Hjemmets innsats

---

Lov om tannhelsetjenesten uttrykker i formålsparagrafen, § 1-2, at fylkeskommunen "... skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen."

### 6.2.1 Hjemmets (med-)ansvar

Hjemmets og de foresattes rolle i barnets oppvekst kan neppe overvurderes, og deres påvirkning når det gjelder barnets læring av vaner er stor. I tannhelsesammenheng vil det være to hovedområder som peker seg ut som viktige, nemlig kostvaner og tannpuss.

#### **Kostvaner**

Gode kostvaner læres først og fremst i hjemmet. Gjennom "riktig" kost vil barna få et forhold til hva som er "godt" eller fornuftig å spise. Måltidene vil, i alle fall de første årene, bli tillaget av de foresatte, og det barn blir vant til å spise vil de etter hvert like, og de vil se på det som "godt". Dette vil også gjelde antall måltider om dagen, det vil si forholdet til "småspising" mellom måltidene.

Helse- og omsorgsdepartementet peker i sin utredning *NOU 2005:11 - Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet* <sup>(21)</sup> på at for noen er utviklingen mot bedret tannhelse styrket av bedret kosthold, mens for andre virker dårligere kosthold i motsatt retning. I den samme utredningen (*NOU 2005:11*) viser en undersøkelse fra 1989 til 2001 om forbruk av sukker blant ungdom en sterk økning i inntak av sukret mineralvann og søtsaker blant norske skoleelever. For 11-, 13- og 15-åringer utgjorde sukker 18-20 % av det totale kaloriinntaket i kosten. Nye vaner med stadig påfyll av søte og syreholdige drikkevarer betyr mye for kariesutviklingen.

#### **Tannhygiene og fluorbruk**

Det er en ganske vanlig holdning blant foresatte å ha frykt for å presse barna til noe de ikke vil eller har lyst til. Bruken av tannbørsten er en slik ofte ulystbetont handling.

I henhold til nevnte *NOU 2005:11* kan de vesentligste effekter på tannhelsebedringen blant barn og ungdom føres tilbake til fluorbruk og bedret tannhygiene.

Motivasjon av foresatte til å hjelpe til med tannpuss, og til å motivere barnet til å pusse tenner, er en av hovedoppgavene til tannhelsepersonell. Bruk av fluortannkrem og eventuelt et supplement av fluortabletter er en like viktig oppgave.

Helsetilsynet poengterer i slik sammenheng viktigheten av å gi råd som er tilpasset den enkeltes situasjon og som er gjennomførbare.

### **6.2.2 Sosioøkonomiske variasjoner**

Det er tidligere pekt på distriktsvise forskjeller i tannhelsesresultatene i kap. 4.1.1 og kap. 5.3.2. De ”gode” distriktene er også distrikter med ressurssterke kommuner, altså med god kommuneøkonomi. I Akershus er således tannhelsestatusen best i de ”rike” vestlige kommuner.

I *NOU 2005:11* vises det til en undersøkelse fra Oslo i 2004, og til en undersøkelse fra Stockholm 2001-2004 om at sosioøkonomiske forhold kan påvirke situasjonen i negativ retning. Slike forhold kan medvirke til å gi en risikoklassifisering av barnet. Dette bekreftes av rapporter fra Oslo om at det er stor forskjell i tannhelsen hos barn i ”ytre Oslo vest” og ”indre Oslo øst”, hvor andelen kariesfrie 5-åringer var 85 % i ytre vest mot 47 % i indre øst. Undersøkelsen viste også at barn med innvandrerbakgrunn hadde dårligere tannhelse enn barn med etnisk norsk bakgrunn <sup>(22)</sup>.

Statistikken viser også, blant annet i henhold til *Tannhelsetjenesten i Norge, Årsmelding 1999-2000* <sup>(23)</sup>, at det er store geografiske forskjeller i tannhelsen, blant annet har Østlandet som region gode resultater. Tilsvarende kan man finne geografiske forskjeller i Årsmeldingene i Akershus. Slike forhold representerer en utfordring som det er viktig å være oppmerksom på.

### **6.2.3 Sykdommer og skader**

Utredningen *NOU 2005:11* tar opp den utvidete betydningen av begrepet ”tannhelse” og sammenlikner det med det engelske ”oral health” i stedet for det snevrere ”dental health”. Det blir i utredningen lagt opp til denne inndelingen av ”tannhelse” <sup>(21)</sup>:

1. Tilstander knyttet direkte til tenner og tannkjøtt: karies ("hull i tennene"), periodontitt (betennelse i tennenes festeapparat), feilstillinger av tenner (behandles med kjevertopedi = "regulering"), tannskader ved ulykker.
2. Deformiteter, fysiologisk degenerering eller skade i tilstøtende organer som kjeve og gane: medfødte tilstander (for eksempel ganespalte eller tannutviklingsforstyrrelser), ervervede tilstander for eksempel ved ulykker eller ved tap av bensubstans.
3. Tilstander som kan opptre i munnhulen som i andre kroppsorganer: kreft, andre svulster, infeksjoner, mer omfattende ulykkesskader. Munnhulen kan også være utgangspunkt for tilstander andre steder i kroppen.
4. Tilstander i munnhulen som konsekvens av tilstander ellers i kroppen eller bivirkninger av medisiner mot slike tilstander. For eksempel nedsatt spyttsekresjon med fare for økt omfang av karies ("tannråte") som resultat.
5. Samvariasjon mellom tilstander i munnhulen og tilstander i kroppen ellers uten at direkte årsakssammenheng er påvist.
6. Tilstander som må forstås i relasjon til et samlet fordøyelsessystem der tenner og munnhulen er første stasjon på veien. Tenner deler opp maten og bidrar sammen med spytt til fordøyelse og nyttiggjøring av føde. Mangler vil kunne påvirke valg av mat med konsekvenser for allmenntilstanden. Uheldige konsekvenser kan observeres særlig hos eldre.

Tilstander innenfor dette utvidete tannhelsebegrepet er noe den offentlige tannhelsetjenesten vil kunne møte i hverdagen, og både forebyggelse og behandling, eventuelt delbehandling, må vurderes som "denne tannhelsetjenestens bord". Sett i forhold til "Hjemmets innsats" så vil eventuelle problemer forbundet med slike tilstander måtte behandles i nært samarbeid mellom hjem, tannhelsetjeneste og helsetjenesten forøvrig.

---

### **6.3 Offentlighetens påvirkning**

---

Ofte kan det synes som om tannhelsetjenestens påvirkning av individet begrenser seg til den stunden som tilbringes i stolen på tannklinikken, og til stunden på badet hvor tannpussen eventuelt finner sted et par ganger om dagen. Resten av døgnet utsettes vi for en massiv påvirkning gjennom ulike typer massemedier. Denne påvirkningen er både kommersiell og ikke-kommersiell, og kan være både positiv og negativ.

### **6.3.1 Kommersiell påvirkning**

Reklamens makt er som kjent stor, og den har også tatt tak i tannhelsetjenestens arbeidsfelt. Alle medier benyttes, men effekten gjennom TV som medium er kanskje tydeligst på grunn av alle gjentakelsene.

#### **Aktiv reklame**

En av produsentene av sukkerfri tyggegummi har, med ”anbefaling” fra Den norske tannlegeforening, markedsført sitt produkt på en effektiv og interessant måte. Sjelden har publikum oppfattet typisk fagstoff så godt at det er blitt allmennkunnskap. Den aktuelle reklamen har ved gjentatt visning av perioden hvor tennene utsettes for syrebad etter et måltid, også klart å vise effekten av hvordan spyttsekresjonen klarer å nøytralisere dette syreangrepet. Illustrert ved en farget diagramkurve og et markert ”pling” når angrepet treffer tannoverflaten har publikum plutselig fått inn over seg fagkunnskap, som tidligere var forbeholdt utdannet tannhelsepersonell.

Selv om det reklameres for et spesielt sukkerfritt merke tyggegummi, som sikkert får et ekstra ”salgspuff” ved dette, så har denne markedsføringen en klart positiv effekt. Den har bragt forståelse om at det er viktig å stimulere spyttsekresjonen etter inntak av små og store måltider, og den effekten er viktig også for tannhelsen.

#### **Skrukorkens forbannelse**

Vi utsettes for en mer eller mindre kontinuerlig påvirkning fra produsenter av forskjellige typer leskedrikk om å benytte deres produkter. Spesielt intens er denne markedsføringen ved juletider. Anvendeligheten av disse leskedrikkene, som alle er mer eller mindre søte og som samtidig har ganske lav pH, er stor. De er utstyrt med skrukork, som gjør at futten og smaken bevares så lenge at man blir fristet til å smådrikke hele tiden. Dette har vist seg så attraktivt hos barn og ungdom at det har fått tydelige konsekvenser for stordrikkernes tannhelse, selv om de bare drikker litt av gangen.

#### **Passiv reklame**

Godt hjulpet av den praktiske skrukorken har produsentene av leskedrikker henvendt seg til skoler for å få lov til å utplassere brusautomater i skolenes lokaler. Skolene tilbys adskillige

tusener av kroner for hver automat som blir utplassert, og pengene kan brukes til for eksempel vedlikehold.

Dette er kjærkomne midler til et anstrengt skolebudsjett, men helseeffekten er trolig nesten omvendt proporsjonal med salget. Slike ordninger har fått eksistere i mange år, og virkningen på tennene er tydelig og negativ.

### **Usunn sunnhet**

I disse ”sunne” tider, hvor ”alle” er opptatt av å trene, trimme eller på annen måte holde kroppen i fasong, er det også oppstått et marked for ”energiprodukter”, ”sportsdrikker” og andre midler som gir en krefter raskt.

Det sunne elementet er positivt, for så vidt som det alltid er sunt å bevege seg. Imidlertid er mange av disse sportsdrikkene beheftet med en så lav pH, at de ikke står noe tilbake for de sureste leskedrikkene. Denne negative siden ved produktene er relativt lite kjent hos publikum, og det er det som kanskje skremmer mest.

Det er uvisst hvilken effekt slike drikkevarer har rukket å få på tannhelsen, men vi bør vel ta godt vare på de unges gryende bevissthet om vannets fortreffelighet.

### **6.3.2 Ikke-kommersiell påvirkning**

Med ikke-kommersiell påvirkning forstås informasjon som kommer fra offentlig myndighet, for eksempel kommunale, fylkeskommunale eller statlige organer. Den kan komme som ledd i kampanjer om helseopplysning, hvor massemedier benyttes for å nå publikum, og den kan dreie seg om advarsler om fare/risiko ved ulike typer hendelser.

Slik informasjon kan ha form av ”pressemelding”, hvor publikum nås gjennom radio, TV og pressen, eller den gis mer målrettet til grupper, for eksempel til helsepersonell.

### **Kampanjer**

Effekten av kampanjer varierer, avhengig av hvor godt de fenger og hvor lenge de får lov til å virke. Kampanjen for bruk av bilbelter har gått over lang tid og ser ut til å ha en viss effekt, men virkningen avtar når publisiteten blir borte. Dette kan kanskje lettest observeres når det



gjelder bruk av refleks i høst- og vintermørket. ”Alle” brukte det tidligere, men nå finnes mange mørklagte personer langs veiene.

Tannhelsen fikk sin kampanje for noen år siden med ”Ikke søtt støtt!” som fikk en del publisitet, men langtidseffekten etter avsluttet kampanje er ukjent.

## **Fluor**

Få kjemiske forbindelser brukt i helsevesenet har fått mer oppmerksomhet enn fluor og fluorforbindelser. Effekten for tannhelsen har vært tydelig, og mye arbeid har vært lagt i å motivere for bruk av egnede fluorforbindelser i tabletter, skyllemidler og i tannkrem. Bruken av fluorpreparater har også hatt god oppslutning.

I 1996 gikk det ut pressemelding til publikum fra Statens helsetilsyn <sup>(24)</sup> med overskriften:

”Helsetilsynet: Ikke nødvendig med både fluortannkrem og fluortabletter”

Videre het det:

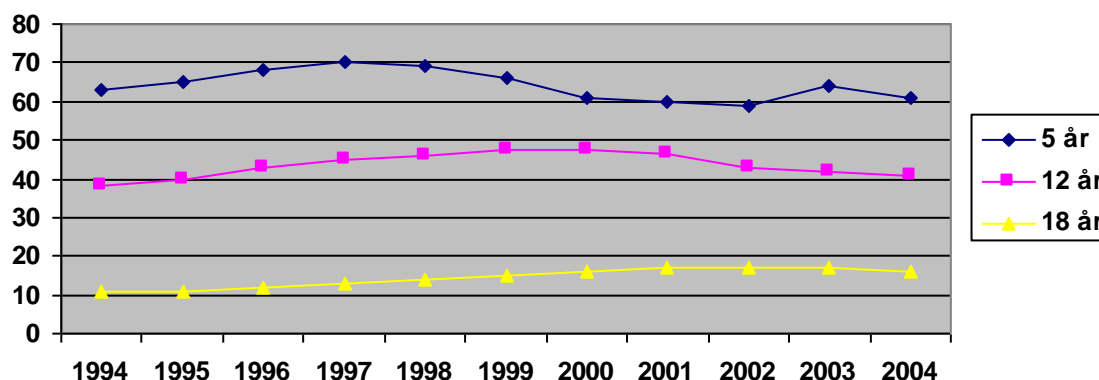
”Helsetilsynets nye retningslinjer for bruk av fluor anbefaler som hovedregel at det ikke er nødvendig med fluortabletter dersom en bruker fluortannkrem regelmessig. Retningslinjene legger til rette for at den enkelte fluorbruker og helsepersonellet i fellesskap gjør en individuell vurdering av hvilke fluorprogram den enkelte bør benytte.”

Det gikk også ut rundskriv fra Helsetilsynet<sup>(25)</sup> til tannhelsepersonell med de nye retningslinjene.

Det kan være interessant å se på utviklingen av tannhelsen i denne perioden. Diagram over utviklingen for 5-, 12- og 18-åringer fra 1994 –2004 viser at i 1997/98 begynte tannhelsen målt i andel uten karieserfaring å avta, først for 5-åringer, deretter for 12-åringer og dernest for 18-åringer. Den siste gruppen ble minst berørt.

Diagrammet nedenfor viser prosentvis andel uten karieserfaring for indikatorgruppene 5, 12 og 18 år for hele landet i perioden 1994-2004<sup>(21, 26)</sup>:

Andel uten karieserfaring i prosent for perioden 1994 – 2004, 5, 12 og 18 år. Hele landet<sup>(21, 26)</sup>



Tannhelsen i Akershus ble tilsvarende redusert i det samme tidsrommet, jfr. diagram i kap. 5.4 og kommentarer i kap. 5.4.1, uten noen påviselig sammenheng med budsjett eller andre forhold.

Statens helsetilsyn sier i sin *Årsmelding 1999-2000, Tannhelsetjenesten i Norge* <sup>(23)</sup>:

”Det har vært mye forvirring og uklarheter rundt innføringen av retningslinjer for bruk av fluor i det kariesforebyggende arbeidet i 1996. Statens helsetilsyn, Den offentlige tannhelsetjenesten og helsestasjonsvirksomheten har et viktig arbeid i å presisere og implementere disse retningslinjene.”

Denne årsmeldingen utkom i november 2001.

Det er ikke grunnlag for å si at nedgangen i tannhelse som vises i diagrammet skyldes noen enkelt faktor, men det kan være grunn til å spørre seg om det kan ha noen sammenheng med usikkerheten hos publikum om fluorbruk.

---

## 7. DISKUSJON

---

Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus disponerte i 2005 et personell på i alt 202,6 årsverk fordelt på 265 ansatte. Disse omfattet 73,7 tannleger, 36,2 tannpleiere, 80,4 tannhelsesekretærer og 13,0 annet personell, alle regnet i årsverk. Personellet utførte sitt arbeid i 58 tannklinikker, 4 distriktsadministrasjoner og én sentral stab. Til sin virksomhet disponerte tannhelsetjenesten et revidert netto driftsbudsjett på kr. 106 200 847, mens regnskapet for 2005 viste et forbruk på kr. 106 178 262.

---

### 7.1 Hvilke behov stilles tjenesten overfor?

---

Vurderingen som ble gjort i kapittel 4 viser at det utføres et godt stykke arbeid i tjenesten. Bemanningen er redusert over tid, og antall tannklinikker er redusert kraftig fra utgangspunktet ved den fylkeskommunale overtakelsen.

#### **7.1.1 Økonomiplanens krav**

De foreliggende data for dekningsgrad og tannhelse tyder på at befolkningen får et tilbud som gir den en svært akseptabel tannhelse. Sammenlikningen med bruken av ressurser peker også i retning av at dette skjer på riktig måte i forhold til resultatkravene i gjeldende økonomiplan.

I henhold til vurderingen i kapittel 4, og til sammenlikningen av tannhelse og økonomi i kapittel 5, er resultatene ikke bare tilfredsstillende i seg selv, men de ligger også godt an i landsmålestokk. Dette gjelder også utnyttelsen av disponible personellressurser.

#### **Helsetilsynets bekymring**

Statens helsetilsyn uttrykte bekymring for dekningsgraden for spesielt prioritert gruppe C 2, men resultatene for 2005 har vist at omsorgen for denne gruppen nå er under god kontroll. Helsetilsynet mener også at ”det gir grunn til ettertanke at innkallingsintervalla i Akershus er forlenget for å kompensere for personellmangel som følge av reduserte rammer, og ikke på fagleg grunnlag”<sup>(20)</sup>.

I veilederen "*Tenner for livet*" <sup>(16)</sup> fra Statens helsetilsyn anføres det at: "Undersøkelser har vist at det er faglig forsvarlig å forlenge innkallingsintervallene opp mot 24 måneder for mennesker med god tannhelse. For andre kan det være behov for oppfølging med kortere intervaller. Innkallingsintervallene må vurderes ut fra individuelle behov."

I kap. 5.1.3 omtales utviklingen av innkallingsintervallene i tannhelsetjenesten i Akershus. Målet for 2005 var 20 måneder som gjennomsnittlig innkallingsintervall, mens resultatet ble 18,4 måneder, med 19,5 og 16,6 måneder som høyeste og laveste gjennomsnittlig intervall i distriktene. I oversikten over intervallene i Akershus vises utviklingen av disse over flere år, og en forlengelse er i tråd med denne utviklingen. Det anses som naturlig å vurdere en forlengelse av slike intervaller, selv om personalmangel er motivasjonen for vurderingen, så lenge intervallene fastsettes individuelt på faglig grunnlag, og yttergrensen for det faglig forsvarlige ikke overskrides.

### **7.1.2 Tannhelsetjenestelovens krav**

"Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til: ..... " (Her følger oppstillingen av de prioriterte grupper.), jfr lovens § 1-3.

Akershus er et geografisk nokså variert fylke. Noen av tannklinikkene ligger i områder med vanskelig rekruttering til ledige stillinger, og tjenestens klinikkstruktur er bygd opp for å imøtekomme behovet for å etablere faglige miljøer i større og færre enheter. På denne måten får publikum et stabilt og faglig godt tilbud, selv om de ikke lenger finner tannklinikken på nærmeste skole. Dekningsgraden innenfor alle prioriterte grupper og foreliggende tannhelsesdata viser at dette må kunne karakteriseres som en god organisering av tjenesten.

Det er i tidligere kapitler vist til distriktsvise forskjeller i resultatene. Disse kan ha mange årsaker, og noen av dem er omtalt i kap. 6.2. Utkantproblematikken kan også være en del av dette komplekset, både på sosiologisk grunnlag og også fordi utkantklinikkene er svært sårbare overfor en vanskelig rekrutteringssituasjon, som lett kan føre til svikt i bemanningen. Denne balansegangen mellom befolkningens behov og en stabil bemanning av klinikker i utkantstrøk er en utfordring i tilretteleggingen av tilbudet til befolkningen i Akershus.

Tilgjengeligheten til vakt- og spesialisttjenester er til stede gjennom vaktsamarbeid med Oslo offentlige tannhelsetjeneste og samarbeid med regionens spesialister.

Tilbudet til den voksne befolkningen, iberegnet ”forebyggende tiltak”, regnes for ivaretatt gjennom en god spredning av privatpraktiserende tannleger, samt et begrenset tilbud til voksne i offentlig regi.

### **7.1.3 Andre ”pålegg”**

Utover Lov om tannhelsetjenesten er kravene til tjenesten gjengitt i ”Faste forutsetninger” i kap. 3.1. De fleste av disse lover og forskrifter beskriver *hvordan* og *innenfor hvilke rammer* tannhelsetjenesten skal utføre sin virksomhet. De stiller blant annet krav til *helse, miljø og sikkerhet*, til *kvalitet* og til *arbeidsmiljø*. De forteller også *hvordan tannhelsetjenesten som offentlig forvaltningsorgan skal oppføre seg*.

Arbeidet med disse spørsmål er en kontinuerlig prosess, men ut fra reaksjonene, eller mangelen på reaksjoner, er det grunn til å anta at virksomheten i hovedsak drives i tråd med intensjonene.

### **7.1.4 Hva er egentlig tannhelse?**

Det er i utredningen *NOU 2005:11*<sub>(21)</sub> lagt opp til et utvidet begrepsinnhold for ”tannhelse”, jfr. kap. 6.2.3. Denne utvidete forståelsen av hva ”tannhelse” egentlig er, ligger allerede til grunn for hvilke arbeidsoppgaver som utføres i dag.

Dette er naturlig nok til glede for dem som omfattes av det utvidete begrepet, men det kan likevel være til ettertanke for de politiske myndigheter, da det kan være vanskelig å formulere resultatkrav med et slikt begrepsinnhold.

---

## **7.2 Hvem bestemmer terrenget?**

---

Den offentlige tannhelsetjenesten er vant til å forholde seg til de faste forutsetningene som er omtalt i kap. 3.1. De representerer rammene virksomheten planlegges etter og skaper samtidig en slags plattform det kan bygges videre på.

### **7.2.1 Måloppnåelse**

Det kan kanskje diskuteres hva som ligger i bunnen, målene eller midlene, men det anses naturlig først å vurdere tannhelsestatus, for deretter å formulere et mål (resultatkrav) og dernest søke om nødvendige midler, slik at målene kan nås.

Tannhelsetjenesten i Akershus kan vise til en tannhelsestatus, hos de prioriterte grupper man har data om, som er blant de beste i landet. Dekningsgraden for gruppene er tilsvarende gode. Nivået er nådd etter mange års nokså jevn utvikling, dog med noen ”tilbakeslag” underveis.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus står dermed overfor et valg mellom:

1. Status quo. ”Vi er fornøyd med det vi har oppnådd.”
2. Reduksjon av tannhelsenivå. ”Vi har oppnådd mer enn vi trenger.”
3. Heve nivået. ”Vi kan bedre enn dette.”

Tannhelse er et begrep som sier noe om et individs tilstand. Tjenestens målinger av tilstanden for grupper av individer er uttrykk for gjennomsnittsverdier, som vil endre seg etter hvordan individene påvirkes. Måloppnåelsen i 2005 er konkret nok i øyeblikket, og den forteller om den tilstanden man har i dag.

### **7.2.2 Disponible midler**

Målformuleringene sier noe om retning og nivåstørrelser. Midlene refererer til det verktøyet man har til disposisjon for å nå målene.

Fylkeskommunale bevilgninger er et resultat av en politisk prioritering mellom behovene til de ulike virksomheter som fylkeskommunen har ansvaret for. Tannhelsetjenesten konkurrerer i så måte med blant andre videregående skoler, kultur, samferdsel, bygg og innkjøp.

Tannhelsetjenesten fikk i år 2000 redusert sine budsjettrammer. Denne reduksjonen vedvarte over flere år. Uten reduksjon av antall fast ansatte, det vil si oppsigelser, fører slike reduksjoner ikke umiddelbart til reduserte driftsutgifter, og tjenesten hadde et driftsmessig underskudd over flere år. Bemanningsreduksjon kun ved ”naturlig avgang”, vil kreve noe tid innen driftsutgiftene blir tilsvarende redusert. I 2005 ble rammen økt, og budsjettbalansen gjenopprettet.

Den resultatmessige forsinkelsen i slike regnestykker gjør at det er vanskelig å se utslag på tannhelseresultater før det er gått en viss tid. I rapporten fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus til Statens helsetilsyn gis det uttrykk for at ”Innanfor de stadig reduserte rammene er det ikkje tilstrekkeleg med midlar til å tilsetje tannlegar i vakanser/vikariat som det er behov for i tenesta.” (Kilde: *Rapport fra Helsetilsynet 8/2005* <sup>(20)</sup>.) Konsekvensen av slike innstramminger vil kunne reduseres ved interne overføringer, samtidig som det blir gjort omprioriteringer på klinikknivå. Her ble rammereduksjonen stoppet før eventuelle konsekvenser ble tydelige i statistikkene.

Det ser ut til, uten at dette er mulig å påvise, at tannhelsetjenesten har en evne til å ta opp i seg en midlertidig nedskjæring, ved at den fordeler belastningen nedskjæringen innebærer på en mest mulig resultاتفølsom måte. Men jo større nedskjæringen blir, jo vanskeligere er det å klare dette. Tannhelsetjenesten har selv uttrykt tvil om muligheten til å hente ytterligere effektiviseringsgevinster og samtidig kunne opprettholde et faglig forsvarlig tilbud i tråd med de lovpålagte kvalitetskravene<sup>(2)</sup>, jfr. kapittel 5.2.2.

### **7.2.3 Holdningsendringer**

En stor andel av de grupper som er prioritert i Tannhelsetjenestelovens § 1-3 er mellom 1 og 18 år. I Akershus utgjorde de i 2005 125 673 personer, hvorav 123 537 var ”under tilsyn”. De prioriterte grupper omfattet totalt 145 130 personer, med 138 821 ”under tilsyn”.

### **Trender**

Gruppe A utgjøres med andre ord av individer som er i sin mest påvirkelige alder. På grunn av sin store kjøpekraft utsettes de daglig for både åpen og skjult markedsføring av et vidt spekter av varer. Det vil i mange tilfeller være viktig å vise at man bruker penger, og valg av varetyper og merker kan ofte kobles til subkulturer og trender. Utplassering av brusautomater

i skoler er en utnyttelse av dette, for konkurransen mellom leverandørene er hard. Det spesielle er at skolene ”kjøpes” til å gi sin tillatelse. Konsekvensen for tannhelsetjenesten er at den får en arena til å arbeide på.

Diagrammet i kapittel 6.3.2 viser utviklingen av tannhelse i hele landet for perioden 1994 – 2004, målt ved ”andel uten karieserfaring” for gruppene 5-, 12- og 18-åringer. Kurvene gir gjennomsnittsverdier for hele landet, og kurvene for Akershus alene er godt sammenfallende med disse. De ser med andre ord ut til å ikke være påvirket av svingningene i fylkeskommunale budsjetterammer i den målestokken som er brukt her..

Det ble under avsnittet om ”Fluor” i kapittel 6.3.2 omtalt en pressemelding og et rundskriv fra Statens helsetilsyn om retningslinjer for bruk av fluor i tannhelsesammenheng. Barn og ungdom i gruppe A er den gruppen som er og har vært de største forbrukere av fluorprodukter. De utgjør også den gruppen hvor vi har kunnet måle tannhelseforbedring over lang tid. Denne aldersgruppens foresatte vil gjøre alt for sine barns helse, og et utspill fra faglige autoriteter veier naturlig nok tungt. I denne saken gjaldt ikke retningslinjene noe man skulle gjøre, men noe man skulle eller kunne la være å gjøre. Det var med andre ord et råd det var lett å følge, både for barn og foresatte. Helsetilsynet har som tidligere nevnt uttalt: ”Det har vært mye forvirring og uklarheter rundt innføringen av retningslinjer for bruk av fluor i det kariesforebyggende arbeidet i 1996.” <sup>(24)</sup>

Det er ikke mulig å tilbakeføre nedgangen i tannhelsen til disse retningslinjene fra Helsetilsynet, men utspillet ble av tannhelsepersonell opplevd som om terrenget ble forandret. Fluor har vært en av grunnpilarene i det kariesforebyggende arbeidet, og i denne situasjonen var det ikke ”varslet” noen endring av fluorens betydning.

---

### **7.3 Hva ønsker vi fra tannhelsetjenesten?**

---

De fleste av tannhelsetjenestens oppgaver er gitt ved Lov om tannhelsetjenesten. Andre oppgaver er gitt gjennom fylkeskommunale vedtak.

Det er viktig at tannhelsetjenesten utfører sine oppgaver slik at god tannhelse opprettholdes hos de prioriterte grupper, og at tjenesten gis anledning til å gi tilbud til en økende befolkning.



Som del av Akershus fylkeskommune er tjenesten forpliktet til å drive en miljøvennlig virksomhet i tråd med retningslinjer for ”Grønn virksomhet” og ”Inkluderende arbeidsliv” som ”IA-bedrift”.

Det utvidete begrepsinnholdet for ”tannhelse” må legges til grunn for tjenestens arbeid, samtidig som det er viktig å fortsette arbeidet på lokalt og nasjonalt plan for å integrere ”tannhelse” som en selvfølgelig del av helsebegrepet. Det er fortsatt et stykke vei å gå før det er resultatlikhet mellom de forskjellige delene av fylkeskommunen, men det er et område som fortjener oppmerksomhet.

Det er varslet en snarlig revisjon av Lov om tannhelsetjenesten, eventuelt en helt ny lov, og antakelser og forventninger utover dette er det vanskelig å forutse.

---

#### **7.4 Spiller det noen rolle hva vi gjør?**

---

Bakgrunnen for denne oppgaven har vært å finne ut om tannhelsetjenesten ved sin virksomhet påvirker utviklingen av tannhelsen til de befolkningsgruppene tjenesten har ansvar for. ”Spiller det noen rolle hva vi gjør?” og ”Vil ikke tannhelsen holde seg like bra uten vår medvirkning?” er spørsmålene som ble stilt.

Oppgaven har tatt sikte på å undersøke dette ved å gjøre rede for om Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus utnytter ressursene til drift i forhold til gitte resultatkrav, annen form for målsetting og lovens intensjoner.

##### **7.4.1 Forholdet til resultatkrav, annen målsetting og intensjoner**

Det er vist at Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus har oppfylt økonomiplanens resultatkrav til tannhelse, dekningsgrad og kostnadsutvikling på en god måte. Det er også slått fast at annen målsetting og lovens intensjoner er oppfylt.

I kapittel 6.2 er det drøftet ulike årsaker til variasjoner mellom steders tannhelsenivå. Det vil neppe være mulig å utjevne disse forskjellene helt, men ved å differensiere tilbudet ytterligere med resultatlikhet som mål kan forskjellene gjøres mindre.

### **7.4.2 Kan vi påvirke tannhelsen?**

Forholdet til offentlighetens påvirkning synes fortsatt uklart, ved at det er faktorer og hendelser som det ikke finnes nok data om. Selv om man kan anta og tro noe om en mulig sammenheng, så er det ikke mulig å påvise noen slik ut fra foreliggende data. Det kunne også være interessant å gå dypere inn i brusautomat-problematikken. Det er god grunn til å anta at slike automater både er tannhelsemessig og generelt helsemessig uheldige.

#### **Forholdet aktivitet – økonomi**

Avhengigheten av bevilgninger gjør det nødvendig å være bevisst på koblingen mellom aktivitet og økonomi. Tannhelsen hos de prioriterte grupper (i Akershus) er nå så god at innsatsen må være målrettet for å kunne gi merkbar gevinst. De ubesatte stillinger, de betydelige rekrutteringsproblemer og andre lokale problemer kan ofte synes så uhåndterlige at det kan være vanskelig å se hvordan en mer målrettet innsats kan drives innenfor de gitte rammer. Sammenliknet med andre fylkeskommuner er situasjonen i Akershus likevel stabil, og tannhelsetjenesten synes å ha få virkelig store problemer. Utkantproblematikken i fylket ser ut til å kunne bli løst gjennom optimalisering av organisasjons- og klinikkstrukturen.

Det er også viktig å være klar over at resultatet er nådd etter målbevisst innsats over lang tid. Opprettholdelse av dette nivået krever vedlikehold, og balansegangen mellom ”tilstrekkelige” og ”for lite” midler til dette arbeidet er vanskelig.

#### **Det store spørsmålet**

” – er det bryet verdt?” vil måtte besvares ut fra en politisk vurdering.

Tannhelsefaglig har tannhelsetjenesten i Akershus bidratt til at tannhelsen i fylkeskommunen er blant landets beste. Dette har ikke tjenesten fått til alene, men resultatene er oppnådd i konstruktivt samarbeid med andre aktører, og her er hjemmet en viktig medarbeider. Forebyggende arbeid har også hatt foresatte som målgruppe, sammen med barnet. Dette arbeidet, både behandlingen og det forebyggende arbeidet, er virksomhetens ansatte dyktige i gjennom lang erfaring, noe tannhelseresultatene viser.

Virksomheten er utøvet med en høy grad av måloppnåelse, samtidig som ressursene er utnyttet godt (med god indre effektivitet).

Befolkningen har fått tannhelsebistand på et høyt faglig nivå, og dette skjer for de fleste nær der de bor.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus tilbyr tannfaglig hjelp til lovens prioriterte grupper. Dette er en hjelp, både til vedlikehold og akutt hjelp ved behov, som innebærer en viktig trygghet for helse og velvære innenfor tjenestens fagfelt.

En samlet vurdering av dette gjør det, etter forfatterens mening, ”bryet verdt” å opprettholde offentlig tannhelsetjeneste i Akershus.

---

## REFERANSER

---

Referansene nedenfor korresponderer med de nummererte parenteser i oppgaven (1) – (26).

1. Lov av 3. juni 1983 om tannhelsetjenesten.
2. Økonomiplan 2005 – 2008. Akershus fylkeskommune, Fylkestingsak 90/04.
3. Rapport fra Helsetilsynet 5/2004. Tannhelsetjenesten i Norge.
4. Årsmelding 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001. Tannhelsetjenesten i Akershus.
5. Årsrapport 2002, 2003, 2004. Tannhelsetjenesten i Akershus.
6. Årsrapport 2005. Tannhelsetjenesten i Akershus
7. Endringer i kriteriene for fyllingsterapi i Oslo 1979-1996. Gimmestad, A.L. og Holst, D. NTFs Tidende 2001
8. Oral health through public health. Presentasjon. Holst, D 2004/2005.
9. Egne notater fra Tor Iversens forelesninger i økonomi, Senter for Helseadministrasjon, 1988
10. Principles of Economic Appraisal in Health Care. Drummond, M.F. 1980.
11. Tannhelseplan 2004 - 2010. Akershus fylkeskommune.
12. Rundskriv I - 12/2005. Økte midler til tannbehandling for rusmisbrukere. HOD.
13. Lov om helsepersonell.
14. Folketallet i Akershus og Oslo 1960 – 2006. SSB 01.01.
15. [www.ssb.no/kostra](http://www.ssb.no/kostra)
16. Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid. IK - 2659 (1999). Statens helsetilsyn Veiledningsserie 1:1999.
17. Tannhelseplan 1996 – 2002. Akershus fylkeskommune.
18. Tannhelseplan 1992 – 1995. Akershus fylkeskommune.
19. Individualizing recall intervals in child dental care. Wang, N.J., Holst, D. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 1994.
20. Rapport fra Helsetilsynet /8/2005. Tannhelsetjenesten i Norge.
21. NOU 2005:11 – Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet.
22. Helseprofil for Oslo. Grøtvedt, L., Gimmestad, A.L. 2002.
23. Årsmelding 1999 – 2000. Tannhelsetjenesten i Norge. Statens helsetilsyn.
24. Pressemelding fra Statens helsetilsyn 13.12.1996 om bruk av fluor.

25. Rundskriv IK 16/96 fra Statens helsetilsyn. Retningslinjer for bruk av fluor i det kariesforebyggende arbeidet.
26. [www.shdir.no/tannhelse](http://www.shdir.no/tannhelse)